



Instituto Politécnico de Portalegre

**Escola Superior de Educação de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre**

**QUALIDADE DE VIDA E VULNERABILIDADE AO STRESS DOS
CUIDADORES FORMAIS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS DO ALENTEJO**

**Dissertação de Mestrado
Curso de 2º Ciclo de Estudos em Gerontologia - Ramo Social**

Nome da Aluna: Cláudia Sofia Branquinho Mações da Silva

**Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Silva
Coorientadora: Professora Doutora Helena Reis do Arco**

**Portalegre
2012/2015**



Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Educação de Portalegre

Escola Superior de Saúde de Portalegre

**QUALIDADE DE VIDA E VULNERABILIDADE AO STRESS DOS
CUIDADORES FORMAIS DE UMA UNIDADE DE CUIDADOS
CONTINUADOS INTEGRADOS DO ALENTEJO**

Dissertação de Mestrado

Curso de 2º Ciclo de Estudos em Gerontologia - Ramo Social

Nome da Aluna: Cláudia Sofia Branquinho Maçãs da Silva

Orientadora: Doutora Ana Isabel Silva

Coorientadora: Doutora Helena Reis do Arco

**Portalegre
2012/2015**

Dedicatória

A todos os que acreditaram em mim e estiveram ao meu lado, neste percurso académico.

ÍNDICE GERAL

	Página
Introdução	10
Parte I – Enquadramento Teórico	17
1 – Envelhecimento, Dependência, Cuidadores e Cuidados Continuados Integrados	18
1.1 – Envelhecimento e Dependência	18
1.2 – Cuidar	22
1.3 – Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados	26
2 – Qualidade de Vida, Relações Sociais e Vulnerabilidade ao Stress	31
2.1 – Qualidade de Vida	31
2.2 – Relações Sociais	35
2.3 – Vulnerabilidade	40
3 – O Problema e os Objetivos	45
3.1 – O Problema	45
3.1.1 – Questões de Investigação	46
3.2 – Os objetivos	46
Parte II – A Metodologia	48
4 - A Metodologia	49
4.1 – Paradigma - Quantitativo	50
4.2 – A População/Amostra	52
4.3 - Variáveis	54
4.3.1 - Dependentes	54
5 – Instrumentos de Colheita de Dados	55
5.1 – Principais Métodos de Colheita de Dados	56
5.2 – As Escalas	56
5.2.1 – A Escala de Likert	57
5.2.2 – Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida	58

5.2.3 – Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL - Bref	59
5.3 – Instrumento: 23 QVS – Questionário da Vulnerabilidade ao Stress	61
6 – Limitações do Estudo	62
7 – Tratamento de Dados	62
Parte III – Apresentação e Análise dos Resultados	64
1 - Caraterização do Local de Estudo/Meio	65
1.1 – O Distrito/Concelho de Portalegre	65
1.2 – A Unidade de Cuidados Continuados Integrados	66
2 – Caraterização dos Participantes no Estudo	69
3 – Análise das Escalas Aplicadas	73
3.1 – Análise da Escala 23 QVS	73
3.2 – Análise dos Resultados da Aplicação do WHOQOL - Bref	77
4 – Discussão dos Resultados	83
5 – Conclusões Finais e Propostas de Intervenção	89
Referências Bibliográficas	91
Anexos	97
Anexo A – 23 QVS	98
Anexo B – WHOQOL - Bref	99
Anexo C - Procedimentos/Explicação – Síntaxe da WHOQOL - Bref	100
Apêndices	101
Apêndice A – Autorização de Utilização 23 QVS	102
Apêndice B – Autorização – Autorização de Utilização da WHOQOL - Bref	103
Apêndice C – Autorização da Instituição para Desenvolvimento do Estudo	104
Apêndice D – Consentimento Informado	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico nº 1 – Distribuição do Número de Inquiridos por Género	69
Gráfico nº 2 – Naturalidade dos Cuidadores Formais	70
Gráfico nº 3 – Escolaridade dos Cuidadores Formais	70
Gráfico nº 4 – Distribuição do Número de Cuidadores pela Profissão	71
Gráfico nº 5 – Distribuição do Número de Cuidadores pela Profissão e Género	72
Gráfico nº 6 – Distribuição dos inquiridos por vulnerabilidade ao stress	73
Gráfico nº 7 - Diagrama de Dispersão Representando a Relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e o Domínio Físico	81
Gráfico nº 8 - Diagrama de Dispersão Representando a Relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e o Domínio Físico	82

ÍNDICE DE TABELAS

	Página
Tabela nº 1 – Dimensões de Suporte Social e das Redes Sociais de Barón (1996) e Sluzki (1996)	38
Tabela nº 2 – As dimensões e características a avaliar nas Redes de Suporte Social	39
Tabela nº 3 – Critérios de Inclusão e de Exclusão neste Estudo	53
Tabela nº 4 – Serviços Disponíveis nas Valências da Santa Casa da Misericórdia de Arronches	66
Tabela nº 5 – Caracterização dos Cuidadores relativamente à Vulnerabilidade ao Stress	74
Tabela nº 6 – Caracterização dos Cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress	74
Tabela nº 7 – Vulnerabilidade ao Stress por Grupos Etários	75
Tabela nº 8 – Vulnerabilidade ao Stress por Grupos Profissionais	76
Tabela nº 9 – Questão 1 – Qualidade de Vida	77
Tabela nº 10 – Questão 2 – Satisfação com a Saúde	78
Tabela nº 11 – Caracterização dos Resultados da Aplicação do WHOQOL-BREF, Tendo em conta as Percentagens Obtidas em Cada Domínio	78
Tabela nº 12 - Caracterização dos Resultados da Aplicação do WHOQOL-BREF, Tendo em Conta as Percentagens Obtidas em cada Domínio e o Género dos Cuidadores Formais	79
Tabela nº 13 – Caracterização dos Resultados da Aplicação do WHOQOL-BREF, Tendo em Conta as Percentagens Obtidas em Cada Domínio e a Categoria Profissional dos Cuidadores Formais	80
Tabela nº 14 – Teste de Correlação de Pearson	81

LISTA DE ABREVIATURAS (Siglas e Símbolos)

ARS – Administração Regional de Saúde

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

WHOQOL – BREF – World Health Organization Quality of Life (versão breve)

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

UCCMDR – Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação

UCCLDM – Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção

23 QVS – 23 Questões de Vulnerabilidade ao Stress

AGRADECIMENTOS

“Deus quer, o Homem sonha, a Obra nasce (...)”

Fernando Pessoa

Foi esta máxima de Fernando Pessoa, que esteve na origem desta Dissertação de Mestrado, muito porque a minha Orientadora, Professora Doutora Ana Isabel Silva, me criou este espírito, de querer mais, de fazer mais e melhor. Um constante desafio, que eu muito agradeço, pois a tentativa de alcançar mais e melhor resultou neste trabalho. Obrigado por acreditar em mim, mais uma vez...

À minha Coorientadora, Professora Doutora Helena Reis do Arco, deixo umas palavras de apreço, de gratidão, pois a maneira como me ajudou e inspirou, foram para lá das minhas expectativas.

Gostava também neste espaço, de agradecer à Diretora da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, por me ter deixado a porta aberta para o desenvolvimento deste trabalho, desde o seu início, passando pela recolha dos dados, para a construção do mesmo, até ao final... O meu muito obrigado.

Aos Cuidadores Formais, que quiseram colaborar neste estudo, os mais sinceros agradecimentos, pois sem vós, este estudo não tinha sido possível.

Ao Professor Manuel Espírito Santo, também um obrigado especial, pela forma desprendida e regular com que sempre me ajudou a atingir o fim deste trabalho, superando obstáculos.

Ao apoio incondicional dos meus Pais e dos meus Filhos: Maria, Afonso e Salvador, pois sem eles não tinha conseguido sequer frequentar as aulas teóricas, quanto mais lançar-me na aventura de uma Dissertação de Mestrado. Foi com eles e por eles que desenvolvi este trabalho e me desafio a cada dia, a cada ano, a cada etapa académica...

O meu muito obrigado a todos!

RESUMO

Viver um maior número de anos não significa necessariamente que se viva com qualidade. Devido às alterações demográficas verificadas nos últimos anos e face ao envelhecimento progressivo da população mundial e consequente aumento da esperança média de vida, ao acréscimo das doenças crónicas e à dependência a elas associada, surgem dificuldades que os doentes e os seus cuidadores enfrentam no seu quotidiano de internamento. Assim, surgiu a necessidade de equacionar a problemática da Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais, que diariamente trabalham numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo. Este trabalho foi desenvolvido numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados com duas valências de internamento, a Média e a Longa Duração, com os Cuidadores Formais que nele aceitaram participar. Entre eles, encontram-se as mais diversas profissões, desde Auxiliares de Lar, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Psicólogos, Animadores Socioculturais, Técnicos de Psicomotricidade, Terapeutas da Fala e Assistentes Sociais. Todos eles representam um papel muito importante no cuidado aos seus clientes, cada um na sua área.

Ao delinear este estudo, o Problema prático identificado foi se existia uma relação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo.

Este estudo foi desenvolvido com uma população de 63 elementos, todos Cuidadores Formais a desempenhar funções no local de estudo já referenciado. Foi utilizada a abordagem quantitativa, que é uma metodologia de investigação de vertente epistemológica positivista.

Neste estudo, foram utilizados dois instrumentos para aplicar e recolher os dados: um destinado a medir a vulnerabilidade ao stress (23 QVS) dos cuidadores formais; outro para avaliar a qualidade de vida (WHOQOL-Bref), gentilmente cedidos pelos seus autores. Os dados recolhidos, após analisados apontaram no sentido de que à medida que a qualidade de vida aumentava nos diferentes domínios, diminuía a vulnerabilidade ao stress.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Vulnerabilidade ao Stress; Cuidado Formal.

ABSTRACT

Living a greater number of years does not necessarily mean that living with quality. Due to population change in recent years and due to the progressive aging of the world population and consequent increase in average life expectancy, the increase of chronic diseases and dependency associated with them, are difficulties that patients and their caregivers face in their daily lives internment. Thus, the need of addressing the issue of Quality of Life and Vulnerability to Stress of Caregivers Formal, daily work in a Continuous Care Unit of the Alentejo.

This work was developed in Unit Continuing Integrated Care with two internment valences, the Medium and Long Term, with the Formal Caregivers who agreed to participate in it. Among them are the various professions, from assistants Home, Nurses, Physiotherapists, Psychologists, Social and Cultural Animators, Psychomotor technicians, Speech Therapists and Social Workers. They all represent a very important role in the care of their customers, each in your area.

In outlining this study, the identified practical problem was whether there was a relationship between the quality of life and Vulnerability to Stress of Caregivers Formal a Continuous Care Unit of the Alentejo.

This study was developed with a population of 63 elements, all Caregivers Formal to serve on the already mentioned study site. the quantitative approach, which is a positivist epistemological aspects of research methodology was used.

In this study, two tools to apply and collect the data were used: one to measure vulnerability to stress (23 QVS) of formal caregivers; another to assess the quality of life (WHOQOL-Bref), kindly provided by their authors. The data collected, analyzed after indicated in the sense that as the quality of life increased in various fields, decreased vulnerability to stress.

Keywords: Quality of Life; Vulnerability to Stress; Formal care.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos o constructo geral de Qualidade de Vida tem-se revelado cada vez mais um tema de significativa importância para a sociedade em geral, muito abordado e estudado na literatura científica, sobretudo na área da saúde (Fleck, Louzada, Xavier, Cachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999; Meeberg, 1993).

Assim, o conceito de Qualidade de Vida é bastante popular, sendo, hoje em dia, parte da linguagem corrente de pessoas de qualquer nível de cultura, formação, especialistas ou até mesmo leigos (Ribeiro, 1994). De acordo com Fiedler (2008:2) “é um constructo moderno e uma preocupação antiga”.

Também a vulnerabilidade aparece como um conceito muito utilizado na conceptualização e investigação do stress psicológico e na adaptação humana (Lazarus & Folkman, 1984).

O conceito de vulnerabilidade deverá ser entendido na relação específica estabelecida entre um determinado individuo e determinada circunstância.

Já o stress, segundo Fortin e Bigras (2000), resulta de um desequilíbrio entre as exigências da situação de agressão e os recursos que o individuo recorre para a enfrentar. O fato de um individuo estar ou não em stress, encontra-se relacionado com o grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância de vida (Serra, 2000).

Neste trabalho procurámos entender qual a relação existente entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo.

Em geral, a prestação de cuidados pode induzir a vasto número de consequências, que afetam diretamente os Cuidadores, diminuindo assim, a sua capacidade de cuidar, ou até mesmo de viver a sua vida condignamente.

Podemos depreender que os cuidadores formais, profissionais remunerados para auxiliar os clientes/idosos nas suas atividades básicas e instrumentais da vida diária, são fundamentais nas Unidades de Cuidados Continuados. O cuidado prestado transforma-se no geral, numa tarefa árdua e complexa. Em muitos casos, tal atividade gera sentimentos de angústia, insegurança e desânimo. Este processo, contudo, varia de pessoa para pessoa e não ocorre com todos os cuidadores. Alguns deles podem

inclusive, sentir prazer e conforto, quando conseguem bons resultados, independentemente dos esforços físicos e psíquicos exigidos.

Muitos sentimentos sobrepõem-se na relação cuidador – cliente/idoso. O facto de não conseguir lidar com a doença, com a dependência, pode levar o cliente/idoso a comportamentos incompreensíveis, incomodando particularmente o cuidador. Assim, além de ter de saber lidar com a doença, o cuidador tem de conviver com a subjetividade inerente às relações humanas.

Mediante estas considerações, no desenvolvimento deste trabalho, pretendemos explicitar, ao longo de Três Partes, a apresentação do tema e do problema a investigar, a sua relevância, as questões de investigação, com dados e/ou informações que a dimensionam, dentro dos limites da investigação.

Este trabalho encontra-se dividido em três partes, na primeira parte encontra-se o Enquadramento Teórico, que serve de base à investigação em causa, na segunda parte a Metodologia de Estudo e na Terceira parte a Apresentação e Análise dos Resultados.

Descrevendo mais sucintamente a primeira parte, num primeiro ponto e segundo Guiomar (2010: 3), “o envelhecimento é um fenómeno que atinge todos os seres humanos, caracterizando-se como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, que está ligado intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais”.

É impossível definir quando se inicia, porque de acordo com o nível no qual se situa, o Envelhecimento (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade diferem de individuo para individuo (Brito e Litvoc, 2004).

De acordo com Figueiredo (2007), citado por Guiomar (2010:3), o envelhecimento consiste não só num processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, como também num processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano.

Segundo Fontaine (2000), podemos afirmar que os indivíduos envelhecem de formas diversas e podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que

se verificam muito diferentes da idade cronológica. Estes fatores podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e sintomas próprios da idade adulta.

Outro ponto mais adiante referido é a dependência, que pode surgir com o envelhecimento. Quando se define o *objeto envelhecimento com dependência* destaca-se a prevalência de doenças crónicas neste grupo etário.

O aumento do envelhecimento, a dependência e o surgimento das doenças crónicas e a falta de respostas apropriadas para estes problemas, deu lugar ao surgimento de uma Resposta diferente do Governo português, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que também é parte importante deste trabalho.

Através de algumas adaptações retiradas do Plano Nacional de Saúde 2011/16, tentámos explicar como, quando e para que foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, fazendo assim a ponte necessária para o seu enquadramento em todo este estudo, uma vez que a população seleccionada e estudada era parte integrante da Rede. A R.N.C.C.I. coloca os cuidados das pessoas idosas e em situação de dependência como um novo direito de cidadania.

Os princípios do surgimento da Rede são muito voltados para as necessidades desta população, tendo em conta o seu aumento demográfico e a diminuição da participação das famílias nos cuidados aos mesmos.

Em jeito de síntese sobre este ponto abordado, na primeira parte do presente trabalho, realçamos que o objetivo principal da R.N.C.C.I. é prestar cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência independentemente da sua idade.

O ponto seguinte, são os cuidados continuados no Alentejo, onde se pode ler, segundo dados recolhidos do site da ARS (Administração Regional de Saúde) do Alentejo, referentes a 2009 (ainda não atualizados) o seguinte: “A implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) é um complexo mas fascinante desafio para Portugal e, em especial, para o Alentejo”.

Na verdade, e de acordo com os dados retirados do site da ARS do Alentejo (2009), partindo de uma estratégia nacional, delineada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, a ARS Alentejo iniciou a implementação da RNCCI na região com a criação de uma Equipa de Coordenação Regional, 12 Equipas de Coordenação Local (ECL) e 35 lugares de internamento, todos eles no distrito de Évora.

Passados 3 anos, estão já disponíveis no Alentejo um total de 328 lugares para internamento de pessoas e de 278 lugares de apoio domiciliário da Rede, segundo os dados disponíveis no site da ARS Alentejo (2009).

No enquadramento, abordamos o Cuidar, um ponto deste trabalho, como já referido no início desta introdução. Avançamos para a tipologia dos cuidadores, que se dividem em cuidadores formais e informais e destacamos os participantes no estudo, os cuidadores formais.

A Qualidade de vida é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, e que reflete conhecimentos, experiências e valores, individuais e coletivos.

Segundo Leal (2008:13): “interpretar, qualidade de vida não é tarefa simples, pois a ideia é complexa, ambígua e difere conforme as culturas, a época, o indivíduo e até num mesmo indivíduo modifica-se com o tempo e com as circunstâncias, o que hoje é boa qualidade de vida, pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo”.

A Vulnerabilidade, a vulnerabilidade ao stress e o próprio stress, são os três temas seguintes.

O termo vulnerabilidade vem do latim *vulnera*, e quer dizer ferir, devido a determinadas predisposições genéticas, biológicas ou psicossociais. Em ciências Sociais e Humanas o termo vulnerabilidade é utilizado para designar indivíduos ou grupos considerados suscetíveis para a doença, dano ou estratégia negativa (Anault, 2005, citado por Costa, 2011).

Goldberg Huxley (1996), citado por Costa (2011), refere a vulnerabilidade, como sendo composta por diversos fatores que tornam certas pessoas mais susceptíveis do que outras a episódios de perturbação mental.

Para Vaz Serra (2000;2005), a vulnerabilidade aumenta ou diminui em função de diferentes fatores: do significado e perceção que cada indivíduo faz acerca do acontecimento e dos recursos de *coping* de que dispõem; das características pessoais e da personalidade que permitem lidar, ou não, adequadamente com os acontecimentos, e da rede social, que poderá ser atenuante do aparecimento de perturbação mental.

Resumindo um pouco o descrito anteriormente, é comum verificar-se que a vulnerabilidade ao stress seja variável de indivíduo para indivíduo, e que perante determinados acontecimentos, existem pessoas que são extremamente vulneráveis, no entanto, existem outras que parecem resistir a um grande número de situações desagradáveis, sendo resilientes ao stress.

Segundo Vaz Serra (2000), os efeitos do stress sobre o indivíduo são largamente mediados por variáveis de natureza biológica, psicológica e social, onde algumas variáveis reduzem os efeitos do stress, enquanto outras, pelo contrário, acentuam os referidos efeitos.

O stress relacionado com o trabalho, também designado como “stress profissional” ou “stress ocupacional” é definido pelo NIOSH (2006), como uma consequência da desarmonia (ou desequilíbrio) entre as exigências do trabalho e as capacidades (e recursos ou necessidades) do trabalhador.

Após a descrição destes itens abordados, avançamos para a descrição do problema identificado, para as questões de investigação e para os objetivos, que finalizam a primeira parte deste trabalho.

Assim, ao delinear este estudo, o Problema prático a resolver foi: será que existe uma relação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais, que desempenham funções numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo.

O objetivo geral será - Estudar a relação existente entre a Qualidade de Vida, e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais que desempenham funções numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo.

Os Específicos - identificar a existência da vulnerabilidade ao stress nos cuidadores formais da U.C.C; - caraterizar a Qualidade de Vida dos Cuidadores Formais da U.C.C; - perceber se existe relação entre a profissão exercida e os diferentes domínios da qualidade de vida dos cuidadores formais da U.C.C; - verificar se existe correlação entre a vulnerabilidade ao stress e os domínios da qualidade de vida nos cuidadores formais da U.C.C.

Na segunda parte deste trabalho, abordamos a metodologia utilizada. Na fase metodológica procedemos ao desenho da investigação.

O contexto de estudo foi num meio natural, ou seja, numa Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo.

Neste estudo, foi utilizada a abordagem quantitativa, pois é uma metodologia de investigação de vertente epistemológica positivista. O tipo de investigação escolhido para aplicar neste estudo, foi o descritivo – correlacional.

Traçámos os critérios de exclusão e de inclusão, mais à frente demonstrados, e seleccionámos 63 cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados.

Para Fortin (1999:398) “ a variável dependente (...) é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”. As variáveis neste estudo são a qualidade de vida e a vulnerabilidade ao stress.

Os instrumentos de recolha de dados a utilizar foram duas Escalas:

- World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL – Bref), criado pela OMS, com 26 questões, sendo duas de âmbito mais geral e 24 que fazem parte de quatro domínios, o físico, o psicológico, o das relações sociais e o do meio ambiente;
- 23 QVS – Questionário da Vulnerabilidade ao Stress, criado por Adriano Vaz Serra, que consta de 23 questões.

As limitações do estudo também foram abordadas no decorrer da segunda parte deste trabalho.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado em SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19 e em Excel.

Na terceira parte deste trabalho, apresenta-se a Análise dos Resultados, onde são caracterizados os participantes e onde recorrendo a tabelas e a gráficos apresentamos os resultados obtidos, bem como a discussão dos mesmos. Finaliza-se com as conclusões e com algumas propostas de intervenção.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ENVELHECIMENTO, DEPENDÊNCIA, CUIDAR E CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

1.1 – ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

Ao falarmos de envelhecimento, estamos sem dúvida a referimo-nos, a uma fase específica do desenvolvimento do adulto, de acordo com Guiomar (2010: 3).

“O envelhecimento é um fenómeno que atinge todos os seres humanos, sendo caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais” (Brito & Litvoc, 2004).

O envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. É impossível definir o seu começo porque de acordo com o nível no qual se situa o envelhecimento; biológico, psicológico ou sociológico, a sua velocidade e gravidade é diferente de indivíduo para indivíduo (idem).

De acordo com Figueiredo (2007), citado por Guiomar (2010: 3) “ a conquista do tempo, é sem dúvida um dos maiores feitos da humanidade, mas assim, convém salientar, que o processo de envelhecimento demonstra disparidades entre os indivíduos, revelando-se idiossincrático”. Assim, o envelhecimento consiste não só num processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social do desenvolvimento do ser humano (idem).

Segundo Fontaine (2000), podemos dizer que os indivíduos envelhecem de formas diversas, podemos falar de idade biológica, de idade social e de idade psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica. Assim e de acordo com este autor:

- A Idade Biológica – Está relacionada com o envelhecimento orgânico, os órgãos sofrem modificações no seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação, torna-se menos eficaz (Fontaine, 2000).

- A Idade social – Diz respeito ao papel, estatutos, e hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e história do país (Fontaine, 2000).
- A Idade psicológica – Relaciona-se com as competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, inclui a inteligência, memória e motivação (Fontaine, 2000).

Estes fatores podem preconizar a velhice, acelerando ou retardando o aparecimento e a instalação de doenças e sintomas próprias da idade adulta.

A avaliação do envelhecimento humano, baseada na idade, tem sido largamente defendida por ser um parâmetro de classificação fácil, fiável e comum a todos os seres humanos. Desta forma, esta posição foi bem acolhida, em virtude das dificuldades na determinação específica do envelhecimento biológico, devido à pluralidade de perspetivas que têm sido apresentadas, muitas delas, sem qualquer fiabilidade científica, segundo Guiomar (2010: 4).

Netto (2002) garante que a velhice é caracterizada como a fase final do ciclo da vida. Esta fase apresenta algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes, dos quais se destacam a diminuição da capacidade funcional, trabalho e resistência; aparecimento da solidão; calvície; perda dos papéis sociais; prejuízos psicológicos, motores e afetivos. Ainda para este autor, o envelhecimento biológico é universal, sendo comum em todos os seres vivos animais. Já para Hayflick (1997), o envelhecimento é resultado da interações de fatores genéticos, ambientais e estilo de vida.

De acordo com Caldas (2003), a dependência está ligada a um conceito fundamental na prática geriátrica: a fragilidade. A fragilidade aparece-nos definida por Hazzard et al(1994), como uma vulnerabilidade que o individuo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Esta condição é observada em pessoas com mais de 85 anos, ou em idosos

mais jovens, que possam apresentar, uma combinação de doenças ou limitações funcionais que reduzam a sua capacidade de adaptação ao stress causado por doenças crónicas, ou a hospitalização ou outras situações igualmente graves, que podem envolver algum tipo de risco.

Quando se define o objeto “envelhecimento com dependência”, destaca-se a prevalência de doenças crónicas neste grupo etário. Mas Llera & Martin (1994), dizem-nos que essa cronicidade, quando observada na maioria dos idosos, tem de ter uma abordagem abrangente, para que possa ser bem avaliada, uma vez que, as doenças crónicas podem ser incapacitantes ou não. É assim necessário e de acordo com estes autores, classificar a incapacidade em graus de dependência: leve, parcial ou total. Sendo que é o grau de dependência que determina os tipos de cuidados a ministrar ou qual a resposta mais adequada para este indivíduo (idem).

É importante acrescentar, citando Pitaud (1999), “que a dependência traduz-se numa necessidade de ajuda para a realização dos atos elementares de vida. Não sendo assim só, a incapacidade a criar a dependência, mas o somatório da incapacidade com a necessidade. De outra perspectiva, a dependência não é um estado permanente. É sim, um processo dinâmico cujo desenvolvimento se pode modificar, ou ser alvo de prevenção ou redução, se houver ambiente e assistência adequados”.

Mas, de acordo com Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), citado por Guiomar (2010: 4):

“O envelhecimento não é um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o maior tempo possível, o que implica uma ação integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação de profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social, uma adequação dos serviços de saúde e de apoio social às novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento individual e demográfico e um ajustamento do ambiente às fragilidades que, mais frequentemente, acompanham a idade avançada”.

Envelhecer com autonomia, saúde e independência, o maior tempo possível, constitui hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, segundo Guiomar (2010:4).

Após toda esta abordagem, do tema envelhecimento, da consequente dependência que pode surgir associada, bem como as doenças crónicas, avançamos para um outro ponto, os Cuidados Continuados, que surgiram como uma resposta para estes problemas referidos.

1.2 – CUIDAR

O cuidar é considerado um ato de vida, é uma atitude que se traduz numa maneira de estar na vida, o que induz, a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo, podendo assumir duas perspectivas diferentes distintas: o autocuidado, ou seja, o cuidado do homem consigo próprio, como ato individual, quando existe autonomia, e o cuidado com o outro, como manifestação de afeto ou de reciprocidade que se presta, temporária ou definitivamente, a alguém que necessite de auxílio para a manutenção das suas necessidades básicas (Colliére, 1989).

Nomeadamente, no cuidado a outrem, e na perspectiva de Watson (2002, citado por Pereira, 2007), o cuidado é composto por ações subjetivas e transpessoais, que têm como objetivo, proteger, melhorar e preservar a intimidade, auxiliando a pessoa, para que esta, encontre um significado na doença, no sofrimento e até mesmo na sua existência.

O ato de cuidar é um fenómeno universal, que apesar de assumir formas de expressão distintas entre as mais variadas culturas (Leininger, 2002), permite, identificar algumas ideias associadas à noção de cuidado. Entre elas distinguem-se, a empatia, a compaixão, o alívio, a presença, o compromisso, o suporte, a confiança, o estímulo, a restauração, a proteção e o contacto físico (Leininger e McFarland, 2002).

Apesar das necessidades de cuidado variarem ao longo do ciclo vital, são essencialmente mais visíveis, no início e no final deste ciclo.

Tipologia dos Cuidadores

O cuidador é aquele “membro, ou não, da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso (indivíduo) no exercício das suas atividades diárias tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas...” (Gordilho et al., 2000, citado por Colomé et al., 2011: 307).

Relativamente aos prestadores de cuidados, ainda segundo os autores referidos anteriormente, os mesmos, podem ser divididos em primários ou secundários e em formais ou informais.

É muito comum designar-se, por cuidador primário ou principal, o que se responsabiliza pelo indivíduo dependente e pelo seu cuidado, realizando diariamente a maioria das tarefas (Gatz, Bengston & Blum, 1990). O cuidador secundário, pode ser qualquer pessoa (familiar, amigo ou vizinho) que preste cuidados complementares à pessoa dependente (Stone, Cafferata e Sangl, 1987), ou ao cuidador principal, tais como: apoio psico-emocional, instrumental e/ou financeiro/económico (Bourgeois, Beach, Schulz & Burgio, 1996).

Quando se faz a distinção entre estes dois tipos de cuidadores, é importante salvaguardar, que a existência de um cuidador principal, não pressupõe obrigatoriamente a existência de um cuidador secundário. De realçar que esta situação ocorre com alguma frequência, traduzindo-se numa maior sobrecarga para o cuidador principal (Bourgeois, Beach, Schulz & Burgio, 1996).

No que concerne à distinção de cuidadores formais e informais, esta incide no carácter remuneratório da prestação de cuidados (Schultz & Quittner, 1998). Assim sendo, o conceito de cuidador informal, pode designar qualquer elemento da rede social do idoso em situação de dependência (familiares, amigos, vizinhos) que possam prestar cuidados regulares e não remunerados (Braithwaite, 2000), na ausência de um vínculo formal ou estatutário (Sousa Figueiredo & Cerqueira, 2006).

Sommerhalder (2001), apresenta-nos uma distinção entre os cuidadores que assumem assim duas denominações – **cuidador formal** ou **cuidador informal**. Os primeiros caracterizam-se pela prestação de serviços com carácter profissional em instituições direccionadas para o cuidado, os segundos poderão ser familiares, amigos e, como tal, cuidam do idoso num ambiente familiar.

Cuidador Formal

Segundo Sequeira (2007), no âmbito do contexto da prestação de cuidados, este, distingue dois tipos de cuidados que se relacionam com o cuidador em questão: **cuidado formal** (atividade profissional) onde a prestação de cuidados é por norma executada por profissionais qualificados, podendo estes ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros, que ganham a designação de **cuidadores formais**, pois existe uma preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade variada de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias...); e cuidado informal, com a prestação de cuidados executados por profissionais no domicílio e que por norma ficam sob a responsabilidade dos elementos da família, amigos, entre outros, designando-se assim de cuidadores informais.

O cuidar de idosos acarreta as suas dificuldades, em especial quando o idoso sofre de alguma demência. Deste modo, segundo investigações levadas a cabo por Barbosa et al. (2011), as principais dificuldades apresentadas pelos cuidadores formais são: a interação com o utente; o desconhecimento da doença; a falta de tempo e de recursos humanos; o impacto emocional e físico; a dificuldade de organização; o planeamento de atividades; e a interação com a família dos utentes.

Mas o que é afinal um prestador de cuidados? É uma questão com múltiplas respostas possíveis, devido aos vários autores que se dedicaram a este grupo profissional. A definição citada a seguir, parece constituir, através da explicação de cada termo, a mais adequada resposta que uma filosofia de cuidados pode fornecer, para não privar os prestadores de cuidados de uma parte de si próprios ou daqueles que cuidam e assim, tentar esclarecer a relação existente entre os mesmos:

“Um prestador de cuidados é um profissional que cuida de uma pessoa (ou de um grupo de pessoas) com preocupações ou problemas de saúde, para a ajudar a melhorar ou a manter a saúde, ou para acompanhar essa pessoa até à morte. Um profissional que não deve, em caso algum, destruir a saúde dessa pessoa.”

Gineste, Y. & Pellissier J. (S/D: 247)

Os prestadores de cuidados, segundo os autores referidos na citação anterior, são profissionais pagos para executar a sua profissão e possuem em virtude desta, direitos e deveres.

A relação entre o prestador de cuidados e o seu paciente é, acima de tudo, uma relação de igualdade; igualdade em humanidade e também de cidadania. (Gineste, Y. & Pellissier, J. s/d: 248)

Importa também aqui referir que, a relação existente entre prestador de cuidados e o seu paciente, é também uma relação de desigualdade e de algum poder, pois um está doente e vulnerável, enquanto se pressupõe que o outro está a gozar de plena saúde e não vulnerável (idem).

Como já referido anteriormente, a prestação de cuidados a outrem, pode provocar nestes cuidadores algumas alterações no seu dia a dia, nomeadamente afetando a sua qualidade de vida, a sua forma de se relacionar com os outros e até mesmo estar mais suscetível a situações de stress, deixando a vulnerabilidade ao stress ser mais notória ou até mesmo diagnosticada, se caso disso for. No decorrer deste trabalho, vamos caracterizar a qualidade de vida dos nossos participantes e também tentar identificar a existência de vulnerabilidade ao stress nos mesmos.

1.3- REDE NACIONAL PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Desde a criação da Rede Nacional para os Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) em 2006, nasceu um novo direito para todos os cidadãos portugueses. Com a RNCCI todas as pessoas idosas ou com dependência serão atendidas pelo Sistema Público, garantindo-se assim o acesso aos serviços de saúde e sociais públicos, mais adequados às suas necessidades (adaptado de Plano Nacional de Saúde 2011/2016).

Em Portugal, a evolução demográfica e epidemiológica reflete-se no aumento progressivo da população idosa e a maior prevalência de doenças crónicas num aumento das pessoas em situação de dependência.

A RNCCI coloca os cuidados das pessoas idosas e em situação de dependência como um novo direito de cidadania: o direito de acesso em igualdade à recuperação e manutenção da autonomia e ao acompanhamento de doenças com avanço progressivo o qual é inerente à dignidade das pessoas.

O objetivo geral da Rede é prestar cuidados continuados integrados a pessoas em situação de dependência, independentemente da sua idade.

Desde a criação da RNCCI em 2006, a estratégia intersectorial do Governo tem vindo, passo a passo a alcançar esta meta: com persistência e convicção ressalta e cobre as necessidades que enfrentam, cada dia, as pessoas idosas e em situação de dependência. Mais de um milhão de pessoas são os potenciais utilizadores da RNCCI, os quais poderão ver fortalecida a sua autonomia pessoal e a sua capacidade em valerm-se a si mesmos. Simultaneamente são também destinatários as suas famílias e as pessoas que dedicam as suas vidas a cuidar dos mais necessitados (adaptado de Plano Nacional de Saúde 2011/2016).

É considerável o esforço de cooperação e a coordenação *inter* e *intrasectorial*, assim como o apoio financeiro, nos próximos anos para conseguir a implementação gradual do modelo, de acordo com os criadores da Rede, referenciados no Plano Nacional de Saúde 2011/2016.

Mas, sobretudo, este é um projeto grande e ambicioso, cheio de compromisso no seu significado político e social porque é um projeto de solidariedade e de coesão intergeracional com os que mais necessitam e com as suas famílias/cuidadores.

O modelo tem uma implementação progressiva mas apresenta já resultados tangíveis na sua primeira fase das três do seu desenvolvimento. (adaptado de Plano Nacional de Saúde 2011/2016)

Com a criação da RNCCI, inserida no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e no Sistema de Segurança Social, o estado português reforçou as suas respostas no âmbito da proteção social à velhice e às pessoas em situação de dependência, dado que a mesma constitui um novo nível, intermédio e integrado, de cuidados de saúde e de apoio social e de ligação entre o internamento hospitalar e a comunidade, para tal, identificou os seguintes problemas onde era necessário intervir: o envelhecimento demográfico progressivo; a prevalência de doenças crónicas incapacitantes; o sistema de saúde assente em paradigmas de doença aguda e/ou numa filosofia de prevenção; a escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional; o reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social e ainda a inexistência de uma política integrada de saúde e de segurança social, para responder a ambas as necessidades (dados retirados e adaptados de Plano Nacional de Saúde 2011/2016).

Este Plano, estabeleceu como modelos de intervenção: criar novas respostas de saúde e de apoio social sustentáveis e ajustadas às necessidades dos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais, e simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários (dados retirados e adaptados de Plano Nacional de Saúde 2011/2016).

Os efeitos esperados com a criação da Rede foram: a obtenção de ganhos de saúde; o aumento da cobertura da prestação de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional; o reforço da articulação entre os serviços de saúde e de apoio social; a manutenção das pessoas com dependência no domicílio sempre que possível; a redução da procura de serviços hospitalares de agudos por parte de pessoas em situação de dependência e por fim a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas com dependência (dados retirados e adaptados de Plano Nacional de Saúde 2011/2016).

Os Cuidados Continuados no Alentejo

Segundo dados recolhidos do site da ARS (Administração Regional de Saúde) do Alentejo, referentes a 2009 (ainda não atualizados), “A implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) é um complexo mas fascinante desafio para Portugal e, em especial, para o Alentejo. Para a nossa região, caracterizada pela sua reduzida densidade populacional, pelo elevado envelhecimento da população, pela grande dispersão de aglomerados populacionais e por uma crescente prevalência de patologias crónicas e degenerativas, a criação de um nível intermédio de prestação de cuidados de saúde e de apoio social, que funcionasse entre os cuidados de base comunitária (centro de saúde) e os de internamento hospitalar, era uma necessidade há muito sentida mas que só a partir do ano 2006 foi possível começar a implementar efetivamente, conforme os dados recolhidos do site da ARS (Administração Regional de Saúde) do Alentejo, 2009. Na verdade, e de acordo com os dados retirados do site da ARS do Alentejo (2009), partindo de uma estratégia nacional, delineada pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, a ARS Alentejo iniciou a implementação da RNCCI na região com a criação de uma Equipa de Coordenação Regional, 12 Equipas de Coordenação Local (ECL) e 35 lugares de internamento, todos eles no distrito de Évora. Passados 3 anos, estão já disponíveis no Alentejo um total de 328 lugares para internamento de pessoas e de 278 lugares de apoio domiciliário da Rede, segundo os dados disponíveis no site da ARS Alentejo (2009).

Para além disso, estão já em fase de construção mais 425 lugares de internamento, 315 deles criados devido ao apoio do Programa Modelar (in site da ARS Alentejo/2009). Para além das respostas de internamento, existem também Equipas de Gestão de Altas e Equipas Intra Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos em todos os hospitais da região, 10 Equipas de Cuidados Continuados Integrados (apoio domiciliário) e 12 viaturas que, ao nível dos centros de saúde, apoiam o funcionamento das Equipas da RNCCI (in site da ARS Alentejo/2009).

De seguida, abordaremos como se subdividem as três grandes tipologias de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, explicando o que são especificamente cada uma.

Unidade de Convalescença

Tem por finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontram em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação com previsibilidade até 30 dias consecutivos.

Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração e Reabilitação

É uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, que articula com o Hospital de agudos para que a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial sejam garantidos, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou para pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável. O período de internamento nesta unidade tem uma previsibilidade superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos, de acordo com o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho. A Unidade de Média Duração e Reabilitação pode, segundo o Decreto-Lei já anteriormente referido, coexistir com uma Unidade de Longa Duração, o que se verifica no estudo desenvolvido.

Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração e Manutenção

A unidade de longa duração e manutenção tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento de situações de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos. Aqui nesta unidade também, por situações temporárias e decorrentes de dificuldades de apoio familiar ou necessidade de descanso do principal cuidador, proporcionar-se o internamento, até 90 dias por ano (idem). Os próprios princípios e direitos registados no Decreto-Lei nº 101/2006 assentam numa perspectiva de cuidado: “ (...) Prestação individualizada e humanizada de cuidados; Continuidade dos Cuidados entre os diferentes serviços (...); Proximidade da Prestação dos Cuidados (...); Multidisciplinariedade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados.”

2 – QUALIDADE DE VIDA, RELAÇÕES SOCIAIS E VULNERABILIDADE AO STRESS

2.1– QUALIDADE DE VIDA

A definição que será apresentada nesta dissertação é a proposta pelo Grupo WHOQOL (Grupo da Qualidade de Vida que faz parte da Organização Mundial de Saúde e que foi criado na década de 90 com o objetivo de fazer crescer o conhecimento na área da Qualidade de Vida e criar instrumentos para a sua avaliação), que nos define qualidade de vida como a “perceção do individuo da sua posição na vida, no contexto cultural e do sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1997:1).

A Qualidade de Vida é influenciada pela saúde física, pelo estado psicológico, pelo nível de independência, pelo relacionamento social, pelas crenças pessoais e pela relação que o individuo tem com características marcantes do meio ambiente em que se encontra inserido (WHOQOL Group, 1997).

A partir dos anos 80 do século XX, o conceito de qualidade de vida começa a ganhar uma importância crescente no domínio da saúde e dos cuidados de saúde, aumentando a sua relevância no discurso e prática médica (Lowy e Bernhard, 2004; Naughton e Shumaker, 2003; Ribeiro, 1994; Stenner, Cooper, e Skevington, 2003, citados por Canavarro, C., Pereira M., Moreira H., Paredes T. s/d:3).

Para esse facto contribuiu o aumento da expectativa de vida, em virtude do progresso tecnológico da medicina (Fleck, 2008; Han, Lee, Lee, e Park, 2003), a mudança nas doenças, de predominantemente infecciosas a predominantemente crónicas (Bowden e Fox-Rushby, 2003; Lowy e Bernhard, 2004), a insuficiência das medidas médicas objectivas e tradicionais na avaliação das limitações impostas pela doença e seus tratamentos nas diferentes dimensões de vida da pessoa doente (Bonomi, Patrick, Bushnell, e Matin, 2000; Ribeiro, 1994) e, por último, o movimento de humanização da medicina (Fleck, 2008).

Estes factores conduziram, portanto, a que a Qualidade de Vida começasse a ser introduzida na investigação na área da saúde com o principal objetivo de avaliar o impacto específico não médico da doença crónica e como um critério para a avaliação da eficácia dos tratamentos médicos (Bowling, 1995; Ebrahim, 1995, cit. por Kilian, Matschinger, e Angermeyer, 2001).

O termo “Qualidade de Vida” é quase tão antigo quanto a própria civilização, pois vários filósofos, desde a Antiguidade o procuraram definir. Segundo a visão de Aristóteles, a vida com qualidade, refere-se aos sentimentos que estão relacionados com a felicidade, à realização e à plenitude (Baylery, 1988; Painter, 1994)

Vários conceitos foram abordados para Qualidade de Vida, como por exemplo o de Guiteras e Bayés (1993:3) “que denominam qualidade de vida, como a valorização subjetiva que o homem faz, de diferentes aspetos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde.”

De acordo com outros autores, Patrick e Erickson (1993: 10) “ a qualidade de vida, é o valor que se atribui à vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais, que são influenciados por doença, tratamento, política de saúde”(…).

A Qualidade de vida é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, e que reflete conhecimentos, experiências e valores, individuais e coletivos.

O termo qualidade de vida é geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a perceção da pessoa, sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas, de acordo com Seidl & Zannon, 2004, citados por Oliveira, 2009.

Segundo Leal (2008:13), “interpretar, qualidade de vida não é tarefa simples, pois a ideia é complexa, ambígua e difere conforme as culturas, a época, o indivíduo e até num

mesmo indivíduo modifica-se com o tempo e com as circunstâncias, o que hoje é boa qualidade de vida, pode não ter sido ontem e poderá não ser daqui a algum tempo”.

A qualidade de vida é frequentemente comparada com o conceito de bem-estar psicológico e social em geral, extremamente ambíguo e amplo, que vai para além da mera condição física, incluindo outros aspetos importantes da vida humana, conforme os autores (Bowling, 1995; Amorim, 1999).

Qualidade de vida é segundo Sampaio (2007:1), “o grau de consciência entre a vida real e as expetativas do individuo, refletindo a satisfação de objetivos e sonhos do próprio individuo”.

Um grupo de estudos sobre a qualidade de vida da OMS (1994) definiu o conceito como “a perceção do individuo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expetativas, valores, padrões e preocupações”.

O conceito tem sido interpretado em diversas perspetivas, incluindo o bem-estar físico, os aspetos sociais, económicos e políticos. Dentro deste conceito, cabem ainda seis domínios específicos, que são: a saúde física, o estado psicológico, níveis de independência, relacionamento social, características ambientais e padrão espiritual.

Em relação à qualidade de vida do trabalho, é um tema que tem sido muito discutido, já que ocupa um lugar central na vida do ser humano, pois, relaciona-se com fatores relevantes ao contexto laboral, à vida e ao bem-estar do trabalhador como, a motivação, a satisfação, saúde e segurança no trabalho (Sato, 1999).

Este autor descreve, a qualidade de vida no trabalho, relacionando-a com os aspetos e noções de satisfação, saúde, segurança e envolve discussões mais recentes sobre novas formas de organização no trabalho e novas tecnologias.

Como tal, na qualidade de vida no trabalho procuram analisar-se interesses que estão presentes nos ambientes e condições de trabalho, pois estes, não se resumem só ao lado

financeiro e do trabalho, mas também são relativos ao mundo subjetivo (desejos, vivências, sentimentos), às crenças, aos valores, às ideologias e aos interesses económicos e políticos, por exemplo.

Várias pesquisas e estudos têm procurado compreender a relação entre o stress (laboral) com a falta de qualidade de vida do trabalhador (Fernandes e Becker, 1988).

Outro estudo de Siqueira e Coleta (1989) incidiu sobre os fatores determinantes da qualidade de vida no trabalho, a partir da perceção dos trabalhadores. Estudo desenvolvido com uma amostra de 100 trabalhadores, de duas carreiras distintas. Os dados foram obtidos, através de entrevistas individuais.

Os principais fatores identificados, como determinantes da qualidade de vida, foram, o próprio trabalho, as relações interpessoais com os colegas e superiores hierárquicos, a apolítica adotada pela empresa na gestão dos recursos humanos, entre outros.

2.2 – RELAÇÕES SOCIAIS

Uma relação social é uma relação antagónica entre dois grupos sociais, instaurada em torno de uma disputa assim, toda a relação social é de alguma forma uma relação conflituosa (Aranha, 1993).

Ainda segundo esta autora, as pessoas são protagonistas no que se refere às relações sociais. Podemos definir este conceito como todas as interações e ligações que se estabelecem entre os seres humanos de maneira natural ou pelos seus interesses individuais e no trajeto da sua vida. Trata-se assim, de uma aptidão que nasce com o homem, podendo considerar-se um instinto inato de organizar-se em grupos e estabelecer relações entre os que o rodeiam (Aranha, 1993).

As relações sociais são essenciais para a vida em sociedade, pois motivam e orientam o homem no seu processo de desenvolvimento, na sua evolução (idem).

Este tema foi amplamente estudado e tratado ao longo da história do homem dentro do campo das ciências sociais: a análise de como as formas de comportamento, as condutas dos seres humanos se tornam estáveis e pouco a pouco forma grupos que interagem através das relações sociais durante a sua vida em sociedade. Podemos citar grandes nomes da nossa história que dedicaram inúmeros estudos abordando este tema como, o sociólogo alemão **Max Weber** ou o francês **Auguste Comte**, (Aranha, 1993).

Por exemplo, para Weber, a ação social é compreendida pela sociologia como uma ação onde o sentido pensado pelo sujeito ou sujeitos está relacionado também com a conduta de outros, orientando-se pela mesma no seu desenvolvimento (Aranha, 1993).

De acordo com Aranha (1993) e partindo do conceito da sociologia e das ações sociais, podemos compreender que seja relação social, definida por Weber como uma conduta plural, reciprocamente orientada, dotada de conteúdos significativos que descansam na probabilidade de que se agirá socialmente de um certo modo, porém o carácter recíproco da relação social não obriga os agentes envolvidos a atuarem da mesma forma, entendemos que na relação social todos os envolvidos compreendem o sentido

das ações, todos sabem do que se trata ainda que não haja correspondência. Quanto mais racionais forem as relações sociais maior será a probabilidade de que se tornem normas de conduta, desta forma depreende-se que as relações sociais são muito importantes e podemos concluir, segundo a autora que o primeiro núcleo social é a família. (Aranha, 1993)

Citando ainda esta autora:

“As relações sociais são muito importantes na vida de qualquer pessoa, uma vez que a afetividade humana se alimenta de carinho, respeito, reconhecimento e amor recebido através dos amigos, da família, e no caso de existir, do cônjuge. Assim, os vínculos mais superficiais como a amizade e o companheirismo também melhoram a autoestima e a ilusão à vida de cada um, pois todo o ser humano é social por natureza, ou seja, cresce como pessoa ao compartilhar a vida em sociedade. As relações sociais são muito importantes, mas ao mesmo tempo, muito complexas”.

Novas abordagens terapêuticas de inspiração holística (a biossíntese, o budismo e a holotrófica) empenham-se na produção de novas relações entre as pessoas, tanto nas redes familiares, como na rede social de cada um (Del Prette & Del Prette, 2001: 20).

Del Prette & Del Prette (2001: 22), apresentam-nos uma explicação linear:

“ Todos nós somos tentados a explicar a nossa maneira de agir, tendo em conta, as possíveis relações causa-efeito, baseadas no ato continuado, com eventos antecedentes e/ou consequentes”.

Se alargarmos esta reflexão para a área das relações interpessoais numa perspetiva sistémica, observamos, que a decomposição do desempenho social, em vários níveis de habilidades (molares ou amplas e moleculares ou restritas), tendo-as sempre num contínuo e não numa relação dicotómica. Isto só faz sentido se, e apenas, entendermos o desempenho como um conjunto de subsistemas do individuo integrado no seu ambiente.

Este ambiente, não se refere só a situações específicas, mas também inclui contextos como a família, a escola, a sociedade, a cultura e o local de trabalho (Del Prette & Del Prette, 2001:26).

De acordo com Resende, Bonés, Souza e Guimarães (2006), citados por Guiomar (2010:2) “as redes de relações sociais e o apoio social são tópicos atuais no âmbito da Psicologia, particularmente no que se refere às concepções do bem-estar e da qualidade de vida de adultos e também idosos”.

Segundo Neri (2004) também citado por Guiomar (2010: 2):

“ (...) À semelhança do que se verifica com a concepção de Qualidade de Vida, o interesse pela pesquisa relacionada com o conceito de suporte social também aumentou após a década de 70. Assim, atualmente, é amplamente aceite que o suporte social, contribui para o desenvolvimento sócio emocional dos indivíduos em todas as idades (...)”.

Os relacionamentos sociais revelam-se importantes para os indivíduos, ao longo de toda a sua vida. Adquirindo ainda um peso diferente, conforme o período existencial em que estes vivem, e podem variar ainda de acordo, com o género, o status conjugal, a presença ou a ausência de filhos, as condições habitacionais, a sua personalidade, as questões culturais, educacionais, opções políticas e questões laborais (Guiomar, 2010:2).

Importa ainda acrescentar, que as relações sociais são dinâmicas por natureza e variam de pessoa, para pessoa, em função de cada situação e de acordo com o tipo de interação que os indivíduos estabelecem (idem).

Neste sentido Brofenbrenner, citado por Martins, 2000: 168):

“ Concetualiza a sua ideologia do desenvolvimento humano, como uma teoria desenvolvimental, baseada em relações didáticas. A interação sujeito/mundo, caracteriza-se pela reciprocidade, isto é, uma vez que o ambiente exerce também a sua influência no desenvolvimento do sujeito, estamos perante um processo de mútua interação. O sujeito, dinâmico e em desenvolvimento, move-se, reestrutura-se e recria progressivamente o meio em que se encontra”.

Importa ainda acrescentar que de acordo com Barnes, citado por Guadalupe (2010: 44), “ cada pessoa está (...) em contacto com um certo número de outras pessoas, algumas das quais estão em contacto direto entre si e outras não (...) Penso ser conveniente chamar rede a um campo social deste tipo”. É a este tipo de redes sociais ou de suporte social, que nos debruçamos e às quais damos muita importância. As dimensões do

suporte social de cada um, garante, não só, a sua sobrevivência, mas também influencia todo o seu modo de vida. Como exemplificado na figura seguinte:

Tabela nº 1- Dimensões de Suporte Social e das Redes Sociais de Barrón (1996) e Sluzki (1996)

Ana Barrón (1996)		Carlos Sluzki (1996)	
	Características/Variáveis e Parâmetros		Características/Variáveis e Parâmetros
Perspectiva Estrutural	<ul style="list-style-type: none"> - Tamanho da rede - Densidade - Reciprocidade - Homogeneidade 	Características Estruturais da Rede Social	<ul style="list-style-type: none"> - Tamanho - Densidade - Composição ou distribuição - Homogeneidade ou heterogeneidade - Atributos de vínculos específicos - Tipo de funções
Perspectiva Funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio emocional - Apoio material ou instrumental - Apoio informativo 	Funções da Rede Social	<ul style="list-style-type: none"> - Companhia social - Apoio emocional - Guia cognitivo e conselhos - Regulação social - Ajuda material e de Serviços - Acesso a novos contactos
Perspectiva Contextual	<ul style="list-style-type: none"> - Características dos participantes - Momento em que se dá o apoio - Duração - Finalidade 	Características ou Atributos do Vínculo Relacional	<ul style="list-style-type: none"> - Funções prevaletentes - Multidimensionalidade ou versatilidade - Reciprocidade - Intensidade (compromisso) - Frequência de contactos - História da relação

(Adaptado de Guadalupe, 2010: 73)

Convém clarificar, que Sluzki (1996), dedica o seu trabalho ao estudo das redes sociais, por outro lado, as conceptualizações de Barrón (1996), são completamente vocacionadas para a abordagem do conceito de apoio social, considerando, assim, três perspectivas de análise para o apoio social (Guadalupe, 2010: 73).

Juntando ambos os autores, depreendemos, que algumas destas funções estão mais enquadradas em determinado tipo de redes. Para clarificar, convém referir, que é possível dizer que, embora às redes primárias possam caber todas as funções enunciadas, já se identificam quando se tratam das redes secundárias (Idem).

Para o Serviço Social, convém fazer uma exemplificação gráfica das tipologias, dimensões e características das redes sociais, que se encontram sistematizadas na figura seguinte:

Tabela nº2 - As dimensões e características a avaliar nas Redes de Suporte Social

Dimensão	Características
Estrutural	a) Composição da rede b) Distribuição da rede e por quadrantes c) Tamanho da rede e dos quadrantes d) Densidade da rede
Funcional	a) Funções genéricas de suporte social percebido e recebido: - Suporte emocional - Suporte tangível (material ou instrumental) - Suporte informativo b) Funções específicas de suporte social: - Companhia - Acesso a recursos e novos vínculos - Regulação Social c) Outras características funcionais na avaliação do suporte social: - Multidimensionalidade funcional - Reciprocidade funcional - Funções em torno de situação específica do sujeito central - Necessidades funcionais de suporte - Características idiossincráticas do momento do suporte
Relacional e Contextual	a) Características sociodemográficas dos participantes b) Homogeneidade/heterogeneidade da rede c) Intensidade e compromisso relacional d) Duração e história da relação (vínculo) e) Fontes de stress e conflitualidade f) Dispersão (geográfica) da rede g) Frequência de contactos entre os elementos

Adaptado de Guadalupe (2010: 74)

2.3 – VULNERABILIDADE

Vulnerabilidade é um conceito bastante usado na conceptualização e investigação do stress psicológico e adaptação humana de acordo com Lazarus & Folkman, 1984 citados por Costa, 2011.

Em ciências humanas, o termo vulnerabilidade vem do latim, vulnera e que quer dizer ferir, devido a determinadas predisposições genéticas, biológicas ou psicossociais, o termo vulnerabilidade é utilizado para designar indivíduos ou grupos considerados suscetíveis para a doença, dano ou estratégia negativa, segundo Anault, 2005, citado por Costa, 2011.

Goldberg Huxley (1996), citado por Costa, 2011, refere a vulnerabilidade, como composta por diversos fatores que tornam certas, pessoas mais suscetíveis do que outras a episódios de perturbação mental.

Ainda segundo Anault (2005), a vulnerabilidade define-se como um estado de menor resistência perante diversos fatores nocivos e agressões, e evidencia a variabilidade interindividual, onde os objetivos não se devem centrar nos efeitos “psicopatológicos” e na doença, mas sim, nos recursos e fatores que podem proteger o indivíduo e grupos (família e comunidade) do seu ambiente, tornando-os mais resilientes.

A vulnerabilidade deve ter uma abordagem multifatorial, onde se deve tentar compreender, tanto os fatores de vulnerabilidade, como os fatores de proteção de um indivíduo ou grupo.

Por volta dos anos 70, tornou-se necessário fazer a distinção entre o que eram acontecimentos de vida e fatores de vulnerabilidade, pois, verificou-se na altura, que modificavam a resposta de uma pessoa perante os mesmos acontecimentos.

A vulnerabilidade representa um risco maior em se reagir de forma negativa perante um dado acontecimento de vida, havendo uma relação específica, entre o indivíduo com

determinados recursos e determinado acontecimento de vida (Brown, 1993, citado por Vaz Serra, 2000).

A perceção do acontecimento, a importância subjetiva dada ao mesmo pelo indivíduo, poderá torna-lo vulnerável ou não, a nível psicológico, ou seja, a vulnerabilidade também é determinada, não apenas pelo deficit de recursos, mas pela relação/compromisso entre um determinado padrão individual e os recursos para que se possa lidar com o acontecimento (Lazarus & Folkman, 1984).

A vulnerabilidade refere-se assim, à susceptibilidade para reagir a determinado tipo de acontecimentos e apela a recursos disponíveis, como a fatores pessoais e a crenças. Trata-se de um conceito associado às estratégias de coping e à avaliação cognitiva do acontecimento. Os processos de coping e de avaliação por vezes, aumentam ou diminuem, as alterações negativas que passam a interferir com as atividades de vida do indivíduo.

Quando as estratégias utilizadas, não se verificam eficazes para ultrapassar as dificuldades, acentua-se no sujeito a perceção de não ter controlo sobre o acontecimento (Lazarus & Folkman, 1984).

Ainda segundo Anault (2005), a vulnerabilidade pode ser gerada, segundo dois eixos principais: a vulnerabilidade pessoal, centrada no sujeito, na sua predisposição genética, no seu desenvolvimento, na sua personalidade, nos seus recursos cognitivos, entre outros mais, e a vulnerabilidade associada ao ambiente, o tipo de interações precárias e inadequadas ao nível familiar e da rede social, no trabalho e a falta de recursos financeiros.

Para Vaz Serra (2000;2005), a vulnerabilidade aumenta ou diminui em função de diferentes fatores: do significado e perceção que cada indivíduo faz acerca do acontecimento e dos recursos de coping de que dispõem; das características pessoais e da personalidade que permitem lidar, ou não, adequadamente com os acontecimentos, e da rede social, que poderá ser atenuante do aparecimento de perturbação mental.

Uma pessoa vulnerável é então, aquela que tem a perceção de estar sujeita a determinado perigo, que não consegue controlar de forma a sentir-se segura. Ela acredita que não tem recursos suficientes e/ou necessários para lidar com uma determinada situação e as exigências que daí resultam.

Para concluir esta abordagem ao tema vulnerabilidade, constatamos que existem fatores genéticos, biológicos, sociais e psicológicos que predispõem os indivíduos a uma maior vulnerabilidade.

Vulnerabilidade ao Stress

Para Selosse (2001), a vulnerabilidade psicológica traduz os desequilíbrios que perturbam o desenvolvimento e o funcionamento afetivo, intelectual e relacional do ser humano. Esta, leva-nos a considerar a repercussão dos meios traumáticos nas desadaptações psíquicas, os desvios de conduta e as ruturas.

Vaz Serra (2000), refere que a vulnerabilidade deve ser compreendida, na relação estabelecida especificamente entre o indivíduo e determinada circunstância, sendo o indivíduo, o componente subjetivo, e a situação, o componente objetivo.

Tendo em conta que o stress depende da perceção que cada pessoa faz da circunstância a que está sujeita, torna-se importante determinar qual o grau de vulnerabilidade ao stress que cada pessoa apresenta.

Desta forma e em jeito de síntese, Vaz Serra (2000:261), afirma que: “...Se um individuo se sente ou não em stress é ditado pelo grau de vulnerabilidade ou de autoconfiança que a pessoa desenvolve em relação a determinada circunstância considerada importante para si e que lhe cria exigências específicas”.

Para este autor, a reação que o individuo tem, perante acontecimentos perturbadores, depende muito mais das predisposições pessoais, dos recursos psicológicos que o individuo possui ou a que tem acesso. Ainda a acrescentar, o significado que ele próprio dá ao acontecimento, e não tanto ao acontecimento em si.

Se o individuo desenvolve a perceção de não ter controlo sobre determinada situação passa a sentir-se vulnerável em relação a essa circunstância.

Brown (1993, citado por Vaz Serra, 2002) salienta que é necessário distinguir os acontecimentos de vida dos fatores de vulnerabilidade. Assim, pode dizer-se que existe sempre uma interação entre o acontecimento de vida e o fator de vulnerabilidade, sendo a vulnerabilidade representativa de um risco acrescido na reação de um modo negativo, perante um acontecimento de vida. Torna-se assim, impreterível definir em breves palavras, o que se entende por uma pessoa vulnerável.

Para Beck & Emery (1985, in Serra, 2000) uma pessoa vulnerável, é aquela que tem a perceção de estar submetida a perigos de carácter interno ou externo sobre os quais não tem domínio, considerado suficiente para lhe dar um sentido de segurança.

Pode assim dizer-se, que quando uma pessoa se sente vulnerável alimenta a expectativa de não conseguir superar as dificuldades que se apresentam.

Em termos de síntese, é comum verificar-se que a vulnerabilidade ao stress seja variável de indivíduo para indivíduo, e que perante determinados acontecimentos, existem pessoas que descompensam e que são extremamente vulneráveis, e depois existem outras, que parecem resistir a um grande número de situações desagradáveis, sendo resilientes ao stress.

Stress

A palavra stress provém de duas expressões latinas: I “stingere” que significa esticar ou deformar e de II “strictus” que corresponde às palavras portuguesas “esticado”, “tenso” ou apertado (Serra, 1999). Stranks (2005) enuncia diversas formas de definir o stress, destacando-se entre outras:

- A resposta a um “ataque”;
- Uma resposta psicológica que se segue à incapacidade de “lidar” com os problemas;
- A resposta frequente a alterações do ambiente.

Segundo Vaz Serra (2000), os efeitos do stress sobre o indivíduo são largamente mediados por variáveis de natureza biológica, psicológica e social, onde algumas variáveis reduzem os efeitos do stress, enquanto outras, pelo contrário, acentuam os referidos efeitos.

O stress relacionado com o trabalho, também designado como “stress profissional” ou “stress ocupacional” é definido por NIOSH (2006), como uma consequência da desarmonia (ou desequilíbrio) entre as exigências do trabalho e as capacidades (e recursos ou necessidades) do trabalhador.

A importância do trabalho no equilíbrio e na qualidade de vida da população ativa é cada vez mais reconhecida e vem justificando o interesse crescente no estudo do stress no trabalho. O stress parece já ser um elemento natural e inevitável no trabalho e na vida. Não é necessariamente mau ou destrutivo, no entanto tem o potencial de se tornar em algo negativo por várias razões.

Perante fatores de stress, existem indivíduos que se fortalecem e mantêm a capacidade para permanecer bem, enquanto outros, se desorganizam podem eventualmente começar a desenvolver perturbações psicológicas. Aqui verifica-se que existe uma variabilidade individual.

3 – O PROBLEMA E OS OBJETIVOS

3.1 – O PROBLEMA

Segundo Benoît Gauthier (2000: 23), “ a primeiríssima fase da investigação social é a preparação da observação. Esta fase preparatória compreende duas etapas particulares: o estabelecimento do objeto de estudo e a estruturação da investigação.” Ainda segundo o mesmo autor (2000: 24) “(...) O estabelecimento do objeto de estudo agrupa várias ideias e ações a empreender. Em primeiro lugar, o investigador interroga-se sobre o que quer saber, sobre que assunto quer colocar questões. Deve em primeiro lugar aprender a restringir os seus impulsos e a limitar o seu campo de interesse; esta determinação do campo de investigação terá um impacto profundo sobre todo o resto do desenrolar da investigação”.

O problema de investigação e as questões às quais ele dá lugar, determinam a abordagem a utilizar para obter respostas às questões ou para confirmar as hipóteses formuladas. Cada método de investigação comporta um certo número de tipos de investigação, e a escolha do tipo faz-se em função do objeto da investigação e do fim perseguido, Fortin (2009:34).

Assim, ao delinear este estudo, o Problema de investigação formulado foi: Será que existe uma relação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo?

3.1.1 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

- Será que existe vulnerabilidade ao stress nos cuidadores formais da U.C.C?
- Será que os cuidadores formais da U.C.C. apresentam boa qualidade de vida, tendo em conta os diferentes domínios da Escala WHOQOL – Bref?
- Que avaliação é efetuada pelos diversos grupos profissionais da sua qualidade de vida?
- Será que existe relação entre a profissão exercida e os diferentes domínios da qualidade de vida dos cuidadores formais da U.C.C?
- Será que existe correlação entre a vulnerabilidade ao stress e os domínios da qualidade de vida nos cuidadores formais da U.C.C?

3.2 – OS OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Estudar a relação existente entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo.

Objetivos Específicos:

- Identificar a existência da vulnerabilidade ao stress nos cuidadores formais da U.C.C.;
- Caracterizar a Qualidade de Vida dos Cuidadores Formais da U.C.C. nos diferentes domínios;

- Perceber se existe relação entre a profissão exercida e os diferentes domínios da qualidade de vida dos cuidadores formais da UCC.
- Verificar se existe correlação entre a vulnerabilidade ao stress e os domínios da qualidade de vida nos cuidadores formais da UCC.

PARTE II

METODOLOGIA

4 – A METODOLOGIA

Turato (2003:153) considera método como sendo um conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem na explicação ou na compreensão dos constituintes do mundo.

Para Hegenberg (1976:111 – 115), método é o “caminho pelo qual se chega a a determinado resultado, ainda que esse caminho não tenha sido fixado de antemão de modo refletido e deliberado”. Leopardi (1999), corrobora a afirmação de Hegenberg, e acrescenta no entanto que “exige a organização do conhecimento e experiências prévias”.

Na fase metodológica deve-se proceder ao desenho de investigação. De acordo com Fortin (2009:214), o desenho de investigação traduz-se num, “(...) conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho de investigação guia o investigador na planificação e na realização do seu estudo de maneira que os objetivos sejam atingidos”.

O contexto de estudo, onde este trabalho incidiu, foi num meio natural, ou seja, na Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Norte Alentejano, por ser um meio onde estavam presentes os cuidadores formais/população escolhidos para a concretização do estudo.

Neste estudo, foi utilizada a abordagem quantitativa, que é uma metodologia de investigação de vertente epistemológica positivista.

Na região onde o estudo foi desenvolvido, desconhece-se a existência de estudos desta natureza, o que possibilita explorar e descrever as características daquela realidade.

4.1 – PARADIGMA - QUANTITATIVO

Segundo Fortin (2009: 26): “ A investigação quantitativa liga-se ao paradigma positivista, que concebe a realidade como única e estática, segundo o qual os factos objetivos existem, independentemente do investigador, e podem ser isolados.”

Ainda de acordo com esta autora, “ a investigação quantitativa e a investigação qualitativa, recorrem a métodos diferentes que possibilitem a condução de uma investigação, assim, os fundamentos filosóficos distinguem-se segundo as perceções individuais da realidade, da ciência e da natureza humana. Estas distintas conceções filosóficas do conhecimento convergem diversas formas de desenvolver o conhecimento, e variados métodos de investigação.” (Fortin, 2009: 29)

Estes métodos de investigação, incluem dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objetivo fixado (Norwood, 2000, citado por Fortin, 2009:27).

Para Fortin (2009:29):

“A investigação quantitativa assenta no paradigma positivista. Este paradigma tem a sua origem nas ciências físicas; implica que a verdade é absoluta e que os factos e os princípios existem independentemente dos contextos histórico e social, se uma coisa existe ela pode ser medida.”

Segundo alguns investigadores, para compreender em pleno um fenómeno, é melhor decompô-lo nos seus elementos constituintes e identificar as relações entre eles do que simplesmente considerá-lo na sua totalidade (Norwood, 2000 citado por Fortin, 2009: 29).

A investigação quantitativa, vincula-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes mensuráveis. Desta forma, as suas características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser de alguma maneira, medidas e controladas, sendo subjetiva a situação em que se encontram os seus participantes.

A conceptualização do tema a estudar numa investigação quantitativa, inicia-se com a formulação de uma questão clara e objetiva e vai implicar uma sequência linear de

etapas bem definidas. O quadro teórico ou conceptual é definido desde o início, de forma a dar ao estudo uma direção precisa.

Na investigação quantitativa, o investigador vai definir as variáveis de uma forma operacional, vai recolher metodicamente dados que possa verificar junto dos participantes e analisá-los com o recurso a técnicas estatísticas. Os estudos quantitativos necessitam de uma estrutura bem definida e controlada. A escolha desta estrutura de investigação, varia segundo se tratar de descrever um fenómeno, de examinar associações entre variáveis ou diferenças entre grupos ou de avaliar os efeitos de uma intervenção, Fortin (2009: 30).

Os sujeitos sobre os quais recai o estudo, vão ser selecionados em função de determinados critérios estabelecidos, assim, o investigador determina antecipadamente o número de pessoas que vão constituir a sua amostra.

O tipo de investigação quantitativa, escolhido para aplicar neste estudo, foi o descritivo-correlacional.

Os desenhos descritivos podem variar em complexidade, indo do estudo de um conceito ao estudo de vários conceitos. Este estudo recai sobre uma relação existente entre três fatores da vida dos Cuidadores Formais, logo procuram-se as relações entre os conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo. São procuradas as relações entre os conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno. (Fortin, 1999: 162)

Fortin (2009:35) diz-nos que “a investigação correlacional se apoia nos estudos descritivos e visa estabelecer relações entre conceitos ou variáveis. Segundo os conhecimentos de que se dispõe sobre o assunto em estudo, procurar-se-á em primeiro lugar, descobrir quais são os conceitos em jogo e determinar se há relações entre eles.

4.2 – A POPULAÇÃO/AMOSTRA

No exame do tema a estudar, é necessário definir a população junto da qual será recolhida a informação. A população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos (espécies, processos) que têm características comuns. Como não é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, a que está limitada a um lugar, uma região, uma localidade, uma instituição, etc. A definição da população permite delimitar, com alguma precisão o tema de estudo e consequentemente obter dados junto de pessoas e de grupos homogéneos, Fortin (2009: 70).

A amostragem implica uma definição clara da população considerada e dos elementos que a compõem (Fortin, 2009: 311).

A população é inicialmente heterogénea, isto é, os seus elementos são de natureza diferente. É assim, necessário, definir uma população e para isso estabelecem-se em primeiro lugar, critérios de seleção dos elementos que a vão compor.

A população em estudo define-se por critérios de inclusão: Estes têm de corresponder às características essenciais dos elementos da população. Assim, para obter uma amostra o mais homogénea possível, determina-se com a ajuda de critérios, as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra, como o grupo etário, o género, o nível de escolaridade, a profissão, etc.

Em paralelo, os critérios de exclusão servem para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra. (Fortin, 2009: 311)

Os critérios de inclusão e de exclusão neste estudo, estão representados de forma gráfica, no quadro que se segue, para que melhor se perceba, quais foram.

Tabela nº 3 – Critérios de inclusão e de exclusão neste estudo

Critérios de inclusão e de exclusão neste estudo	
População	Cuidadores Formais da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Arronches
Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none">• Ser cuidador formal da U.C.C. e trabalhar a tempo integral;• Saber ler e escrever;
Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none">• Recusa em participar no Estudo.

Neste estudo, ninguém se recusou a participar, tendo sido selecionados para o estudo todos os funcionários que trabalhavam a tempo integral na Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo.

No intuito de selecionar os participantes no estudo, estabelecemos conversações com a Direção da Instituição que indicou quais os funcionários que trabalhavam a tempo integral fazendo a ponte junto dos mesmos no sentido de informar sobre a realização deste estudo.

Os participantes foram divididos em três grupos, o grupo dos Ajudantes de Lar, o grupo dos enfermeiros e o grupo dos outros técnicos superiores.

4.3 – VARIÁVEIS

De acordo com Fortin (1999: 312-314), “ as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa determinada investigação”. Assim, a variável inclui-se nas aplicações de medida, ou seja, quando se coloca um termo em investigação chama-se de variável.

Ainda segundo Fortin (1999: 312-314), “ uma variável pode adquirir diferentes valores para exprimir graus, quantidades ou diferenças”, pelo que há propriedades que se agregam à variação e à atribuição no valor.

4.3.1 – DEPENDENTES

Fortin (1999:314), diz-nos que “a variável dependente (...) é aquela que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”.

As variáveis neste estudo são a qualidade de vida e a vulnerabilidade ao stress.

As variáveis dependentes vão ser medidas através dos seguintes instrumentos de recolha de dados:

- **World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL – Bref)** criado pela OMS, do qual fazem parte quatro domínios, o físico, o psicológico, o das relações sociais e o do ambiente;
- **23 QVS – Questionário da Vulnerabilidade ao Stress**, criado por Adriano Vaz Serra, que consta de 23 questões.

5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Qualquer investigação pode recair sobre uma enorme variedade de fenómenos, e assim, requer o acesso a diferentes métodos de colheitas de dados.

De acordo com Fortin, (1999:239), “ A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar. A escolha do método faz-se em função das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística considerada”.

Há a considerar, alguns fatores, quando se procede à escolha de um instrumento de medida, nomeadamente: os objetivos do estudo, o nível dos conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis, a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceituais, a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida, bem como, a eventual conceção pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida, Fortin, 1999: 239. Foi o caso do presente estudo.

Antes de dar início ao estudo e à colheita de dados, o investigador deve questionar-se se a informação que quer recolher, com o recurso a um instrumento de medida em particular, é exatamente a que tem necessidade para responder aos objetivos da sua investigação. Para tal, deve conhecer os diversos instrumentos de medida disponíveis, bem como, as vantagens e os inconvenientes de cada um. Paralelamente deve ter em conta o nível da questão de investigação, Fortin, (1999:240).

5.1 – PRINCIPAIS MÉTODOS DE COLHEITA DE DADOS

Os dados podem ser recolhidos das mais variadas formas, junto dos sujeitos. Assim sendo, cabe ao investigador estabelecer o tipo de instrumento de medida, que melhor se há-de adequar ao objetivo do estudo, às questões de investigação a colocar ou às hipóteses a formular.

5.2 – AS ESCALAS

Segundo Fortin (2009: 388) “As escalas de medida são formas de auto-avaliação que são constituídas por vários enunciados ou itens, lógica e empiricamente ligados, entre si, e que são destinados a medir um conceito ou uma caraterística do indivíduo”.

As escalas revelam-se mais precisas do que os questionários. A diferença entre os questionários e as entrevistas, reside no fato destes dois métodos recolherem informação fatural e as escalas se empregarem sobretudo para avaliarem variáveis psicossociais, bem como, para avaliar variáveis fisiológicas. Assim, a escala, vai indicar-nos, o grau segundo o qual os indivíduos manifestam uma determinada caraterística. (Fortin, 2009: 388)

As escalas de medida podem ter, uma série de etapas ou comportar graus ou até mesmo gradações. Os scores das escalas vão permitir comparações entre os indivíduos em relação à caraterística a medir (idem).

As principais escalas utilizadas em investigação são, a Escala de Likert, a escala de diferenciação semântica e a escala visual analógica, de acordo com Fortin, 2009: 388. Neste estudo foram usadas duas escalas de Likert.

5.2.1 – A ESCALA DE LIKERT

A escala de Likert, também denominada de escala aditiva, consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema. É pedido aos participantes, que indiquem o maior ou menor acordo ou desacordo, escolhendo entre 5 (por vezes 7) categorias de respostas possíveis para cada enunciado. Os enunciados normalmente, reportam-se a atitudes ou a traços psicológicos. (Fortin, 2009: 389)

As escolhas das respostas numa escala de Likert, dizem habitualmente respeito, ao acordo com qualquer coisa ou com uma frequência de utilização ou de aplicação. (idem) Segundo Spector (1992), citado por Fortin (2009: 389), “a escolha dos termos é variada, mas deve ser feita em função dos enunciados”. Esta autora reforça ainda que, o fato de se utilizarem números ímpares de categorias, não é unânime entre os especialistas.

Neste estudo, foram utilizados dois instrumentos para aplicar e recolher os dados, um destinado a medir a vulnerabilidade ao stress (23 QVS) dos cuidadores formais e outro para avaliar a qualidade de vida (WHOQOL-Bref).

Para a utilização destes instrumentos, foi solicitada autorização prévia aos seus autores, que gentilmente a cederam e que se encontram nos Apêndices deste trabalho.

5.2.2 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Um instrumento de avaliação de qualidade de vida, avalia principalmente, o modo como as manifestações de uma doença e/ou o seu tratamento são experienciados por um indivíduo, sendo grande a atenção dispensada aos instrumentos que se baseiam na autoavaliação acerca de sentimentos, atitudes e comportamentos (Amorim, 1999).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida devem cumprir as seguintes propriedades psicométricas: validade, considera-se válido quando mede realmente aquilo que se pretende medir; fiabilidade, quando produz os mesmos resultados em avaliações repetidas, usando as mesmas condições, todo o questionário sobre qualidade de vida deve ser considerada estável e reproduzível no tempo; sensível às mudanças, quando produz diferentes resultados em avaliações repetidas onde as condições se alteraram (Artal, 1998).

Existem alguns princípios a que se deve atender na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde de um determinado grupo, constituindo três elementos em comum: importância do estado funcional (físico, social e mental); subjetividade de avaliação do estado de saúde; obtenção de um número que representa a preferência do estado de saúde (Lezaun, 2006).

O instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) “destina-se à avaliação da qualidade de vida, tendo sido desenvolvido de acordo com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou seja com a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1994: 28, citado por Canavarro, C., Pereira, M., Moreira, H., Paredes, T. s/d:1).

Segundo Fleck, Lousada, Xavier, Vieira, Santos e Pinzon (2000, 179), “A necessidade de instrumentos de rápida aplicação determinou que o Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde desenvolvesse a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref”.

5.2.3 – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, WHOQOL – Bref

Um dos instrumentos utilizados neste estudo foi o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS, o WHOQOL, nomeadamente a versão portuguesa do WHOQOL-BREF (Canavarro, Serra, Pereira, Simões, Quartilho, Rijo e Paredes, 2010).

O Grupo da Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida, segundo Fleck, Lousada, Xavier, Vieira, Santos e Pinzon (2000, 179), como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Este instrumento foi elaborado no âmbito de um projeto da OMS, em cooperação com outros países e culturas, contendo o primeiro 100 questões, o WHOQOL – 100.

O WHOQOL – 100 é formado por 100 questões que apresentam o intuito de avaliar seis domínios, sendo eles: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Meio Ambiente e a Espiritualidade/Crenças Sociais. Por sua vez, o WHOQOL – Bref é uma versão reduzida constituída por 26 questões, apresentando 2 questões de âmbito geral e 24 questões representativas dos domínios que constituem o questionário original. Esta versão mais reduzida é constituída por 4 domínios, sendo eles, o físico, o psicológico, as relações sociais e o meio ambiente (Canavarro *et al*, 2010).

No domínio físico encontram-se presentes as seguintes facetas: a dor e os cuidados médicos, a energia e mobilidade, o sono e a capacidade física e capacidade de trabalho.

O domínio psicológico é constituído pelos subdomínios: gostar da própria vida, sentido da vida, capacidade de concentração, aparência física, autoestima e sentimentos negativos.

O domínio das relações sociais é formado pelos subdomínios: relações sociais/pessoais e satisfação com a vida sexual.

Por último, o domínio do meio-ambiente, é composto pelas seguintes facetas: segurança no dia-a-dia, ambiente físico, recursos financeiros, acesso a informações úteis para a vida diária, oportunidade para a realização de atividades de lazer, condições do lugar onde vive, acesso a serviços de saúde e satisfação com os transportes utilizados no dia-a-dia.

O questionário abrange ainda duas questões de carácter geral, uma debruçada sobre a qualidade de vida e outra sobre a saúde.

Estas questões integram um grupo no qual é realizado o cálculo entre os valores obtidos, a partir das respostas para se chegar ao resultado final das questões denominadas, Questões Gerais de Saúde e Qualidade de Vida, à semelhança do que acontece com as questões de cada um dos domínios.

Neste estudo optei pela versão abreviada, o WHOQOL – Bref, devido ao facto de ser mais fácil e rápido o seu preenchimento.

A análise que nos propomos efetuar, é a recomendada no Manual de Utilizador e Syntax de Canavarro e Vaz Serra (s.d.) (Anexo C) numa escala de 0 a 100, considerando-se que os resultados mais elevados, traduzem uma melhor qualidade de vida.

Os resultados serão analisados, tendo em conta os quatro domínios do instrumento:

- a) Domínio 1 - Físico – Questões (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)
- b) Domínio 2 – Psicológico – Questões (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19, Q26)
- c) Domínio 3 – Relações Sociais – Questões (Q20, Q21, Q22)
- d) Domínio 4 – Meio ambiente – Questões (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24, Q25)

A consistência interna do WHOQOL – Bref foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach. Os resultados obtidos (0,908) demonstram uma boa consistência interna.

5.3 - INSTRUMENTO: 23 QVS – QUESTIONÁRIO DE VULNERABILIDADE AO STRESS

Elaborada por Vaz Serra em 1985 (Vaz Serra, 2000), é constituída por 23 questões. Cada pergunta tem cinco possibilidades de resposta (concordo em absoluto, concordo bastante, não concordo nem discordo, discordo bastante e discordo em absoluto). Esta escala foi criada a partir do estudo de uma amostra de 368 elementos da população em geral (Vaz Serra, 2000).

O valor atribuído às diferentes classes de resposta varia entre 0 e 4, correspondendo a pontuação mais elevada aos aspetos mais negativos da descrição do indivíduo.

Algumas questões foram construídas de forma a representarem aspetos positivos e outros negativos com vista a se evitar tendências de resposta

Aos itens 1, 3, 4, 6, 7, 8 e 20 correspondem as pontuações Concordo em absoluto (0), Concordo bastante (1), Não concordo nem discordo (2), Discordo bastante (3) e Discordo em absoluto (4).

Aos itens 2, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 23 correspondem as pontuações: Concordo em absoluto (4), Concordo bastante (3), Não concordo nem discordo (2), Discordo bastante (1), e Discordo em absoluto (0).

A soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas indica o resultado final, sendo a pontuação máxima 92 e o mínimo 0

A cotação final da escala revela que, à medida que aumenta a pontuação aumenta a vulnerabilidade ao stress, “um valor de 43, obtido no preenchimento da 23 QVS, constitui um ponto de corte acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao stress”, (Vaz Serra, 2000: 306).

A consistência interna da 23 QVS foi avaliada pelo coeficiente de fidedignidade de Cronbach. Os resultados obtidos (0,759), estão no *border line*, mas podem considerar-se satisfatórios.

Foi obtido parecer favorável do autor para utilizar a escala, que se encontra no Anexo C, deste estudo.

6 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As principais dificuldades sentidas, foram a distância física entre a investigadora e o local, onde foram colhidos os dados, isso obrigou a várias deslocações ao local onde decorreu o estudo, pois os turnos em que se encontravam os Auxiliares de Ação Direta e os Enfermeiros a isso obrigaram.

A pouca escolaridade da maioria dos participantes também dificultou inicialmente a compreensão do porquê do estudo e o conteúdo de cada pergunta. Tal foi ultrapassado, pela opção da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, tal como recomendado no Manual de Utilizador e Sintaxe do WHOQOL-Bref (Anexo C). Neste caso os mesmos foram aplicados assistidos pelo entrevistador.

A inexperiência da investigadora, também dificultou um pouco o estudo, levando a uma maior demora na execução dos diferentes procedimentos do processo de investigação.

7 – TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 19 e o Excel.

Os dados foram inseridos no programa, de maneira a ser possível o seu tratamento estatístico. Após a inserção, tivemos em atenção numa primeira fase, a necessidade de recodificar as questões formuladas negativamente no caso do WOQOL-Bref e no caso da 23 QVS foi também tida especial atenção às questões formuladas positiva e negativamente.

Seguidamente para caracterização dos participantes realizou-se estatística descritiva das variáveis sociodemográficas. Também se utilizou análise descritiva dos resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, quer do WHOQOL-Bref, quer do 23 QVS.

Neste estudo privilegiaram-se essencialmente as técnicas de análise descritiva, por se trabalhar com uma população.

Foi também utilizado o teste de associação Coeficiente de Correlação de Pearson (Martins, 2011), para verificar se existia relação entre os resultados obtidos nas subescalas do WHOCOL-bref e do 23 QVS.

Obtiveram-se os resultados finais, que apresentamos recorrendo ao uso de quadros, gráficos e tabelas para melhor compreensão dos mesmos.

PARTE III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

1 - CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO/MEIO

1.1 – O DISTRITO/CONCELHO DE PORTALEGRE

O presente estudo foi desenvolvido no Distrito de Portalegre. O mesmo, é constituído por 15 Municípios e 86 Freguesias, ocupando uma área de 6084, 34 Km², o que corresponde a 6,60% do território Nacional.

De acordo com os últimos dados disponibilizados pelo INE - Instituto Nacional de Estatística, o distrito de Portalegre é habitado por 118.448 pessoas (1.12% dos habitantes a nível nacional), das quais, 27.35% têm mais de 65 anos e 12.79% são crianças ou adolescentes, uma estrutura demográfica que pode ser melhor compreendida se se considerar que por cada 100 jovens, existem 213 idosos (Site do INE, Censos 2011).

Ainda em termos demográficos, constata-se que das 47.515 famílias residentes no distrito de Portalegre, 24.03% são compostas por uma única pessoa (a média nacional cifra-se em 21.45%), e que o peso dos agregados domésticos com quatro ou mais indivíduos é de 4.51% (um resultado inferior ao que se verifica no país, em que o valor de referência se situa em torno dos 6.49%) (Site do INE, Censos 2011).

O concelho de Portalegre situa-se segundo a NUTS II na Região Alentejo, mais precisamente no Alto Alentejo e de acordo com os Censos 2011, tem 24 930 habitantes.

A população residente tem vindo a diminuir, verificando-se que de 1991 a 2001 houve um decréscimo de população na ordem dos 131 indivíduos e de 2001 a 2011 de 1050 indivíduos.

A população residente no concelho com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos tem vindo a diminuir. Paralelamente a população com 65 ou mais anos tem vindo a aumentar progressivamente.

Este cenário de envelhecimento da população é comprovado pelo Índice de Envelhecimento que em 2001 se fixava nos 167,30 aumentando significativamente em

2011 (11,2%). Estamos, assim, perante um cenário de envelhecimento da população do concelho, que tem vindo a agravar-se. Portalegre apresentava em 2001 um índice de envelhecimento da população na ordem dos 167,30%. Este valor sofreu variações significativas, primeiro em 2006, subindo para 172,90% e, posteriormente, em 2011 fixando-se nos 178,5 indivíduos com idade superior a 65 anos por cada 100 indivíduos com idade inferior a 14 anos. Na mesma data o Índice de Dependência de Idosos mostrava que existem 36,7 idosos por cada 100 indivíduos em idade activa e o Índice de Dependência Total indicava que para cada 100 indivíduos em idade activa existem cerca de 57 indivíduos “dependentes” (jovens dos 0 aos 14 anos e idosos com 65 ou mais anos (Site do INE, Censos 2011).

1.2 – A UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Tabela nº 4 - Serviços Disponíveis na Unidade de Cuidados Continuados Integrados

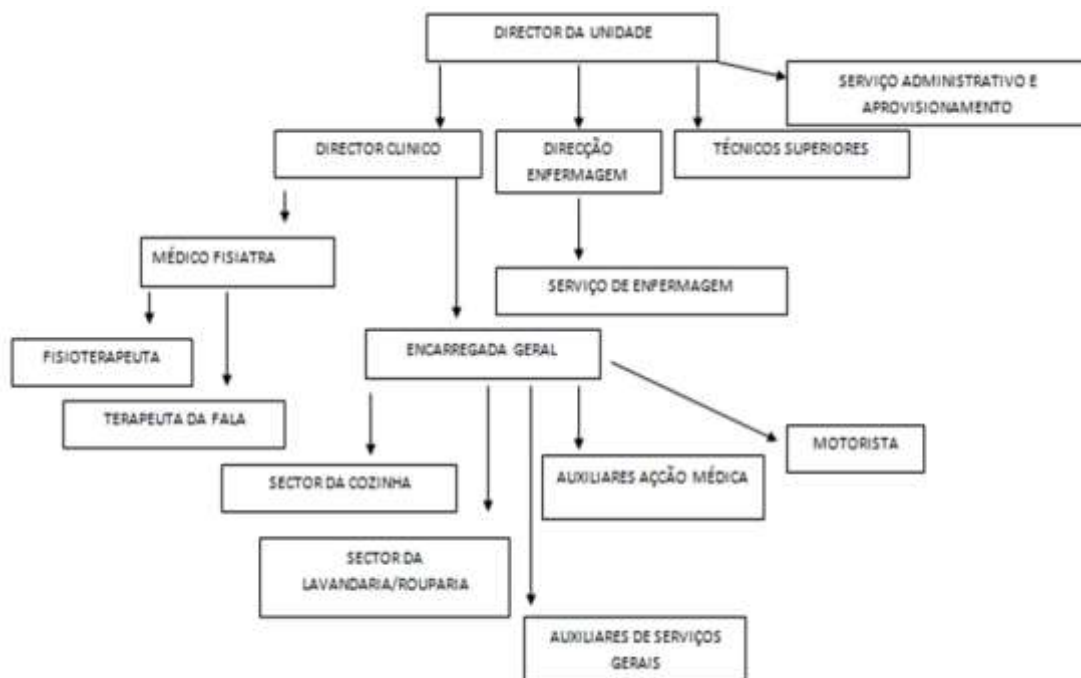
Unidade de Cuidados Continuados (Média e Longa Duração) (Segunda a Domingo 24h00)
Serviços Médicos
Cuidados de Enfermagem
Serviço Social
Serviço de Psicologia
Serviços Administrativos
Neurofisiologia e Motricidade
Fisioterapia
Terapia da Fala
Serviço de Animação Sociocultural
Serviço de Voluntariado
Alimentação
Tratamento de Roupas
Higiene Pessoal
Cuidados de Imagem

Fonte: Regulamento interno da Instituição

A Unidade atualmente tem nos seus quadros: uma diretora técnica, a encarregada geral, administrativos, auxiliares de ação médica, enfermeiros, psicóloga, terapeuta da fala, técnica de motricidade humana, animadora sociocultural, assistente social,

fisioterapeutas, um médico internista e um médico fisiatra, como se pode verificar na figura seguinte.

Fig. 1 - Organograma da Unidade de Cuidados Continuados Integrados



Fonte: Regulamento Interno da Instituição

A equipa técnica pauta-se pela sua multidisciplinaridade e interdisciplinaridade e tem competências relacionadas com o saber fazer, saber estar e o saber ser. Deste modo, são necessárias algumas capacidades referentes ao cuidar, entre as quais se destacam a empatia, o respeito, a comunicação, a disponibilidade, a escuta, o interesse e a sinceridade.

A U.C.C.I. conta com 23 camas de internamento na Média Duração, e com 29 camas para internamento na Longa Duração, funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano. Tem como prioridade absoluta o cliente, proporcionando-lhe um atendimento global e humanizado respeitando sempre os seus direitos.

A U.C.C.I. surge como um dos equipamentos de apoio aos idosos, procurando, através de uma intervenção consertada entre todos os seus intervenientes, responder o mais adequadamente possível aos seus clientes.

A Média Duração e Reabilitação tem como objetivos contribuir para o bem-estar e qualidade de vida do cliente que se encontra com perda transitória de autonomia, potencialmente recuperável que necessita de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, proporcionando cuidados de enfermagem permanentes, cuidados de fisioterapia, neurofisiologia e motricidade e de terapia da fala e psicologia, prescrição e administração de fármacos, higiene, conforto, alimentação, convívio e lazer.

Assim, na Média Duração e Reabilitação, os clientes que a ela recorrem poderão ficar internados até três meses. Este tempo de internamento pode oscilar consoante a capacidade de recuperação do cliente e a avaliação da equipa técnica, não tendo que efetivamente corresponder aos três meses de internamento completos.

Na Longa Duração e Manutenção o tempo de internamento poderá ir até aos seis meses (e em alguns casos por tempo indeterminado) e que tem como objetivo a manutenção de capacidades.

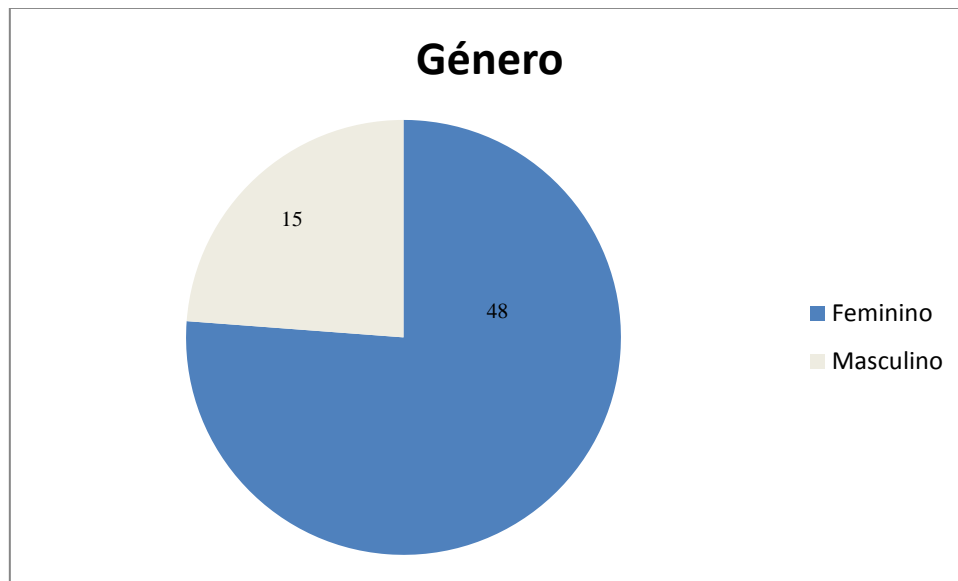
2- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES NO ESTUDO

A caracterização da amostra foi feita com os dados das escalas aplicadas, que se encontram nos Anexos A e B.

Esta caracterização vai basear-se na idade, no género, no estado civil, na escolaridade e na profissão dos participantes.

Os participantes totalizaram 63 elementos, todos cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados onde decorreu o estudo, sendo 15 do género masculino e 48 do género feminino, conforme se pode verificar no gráfico seguinte.

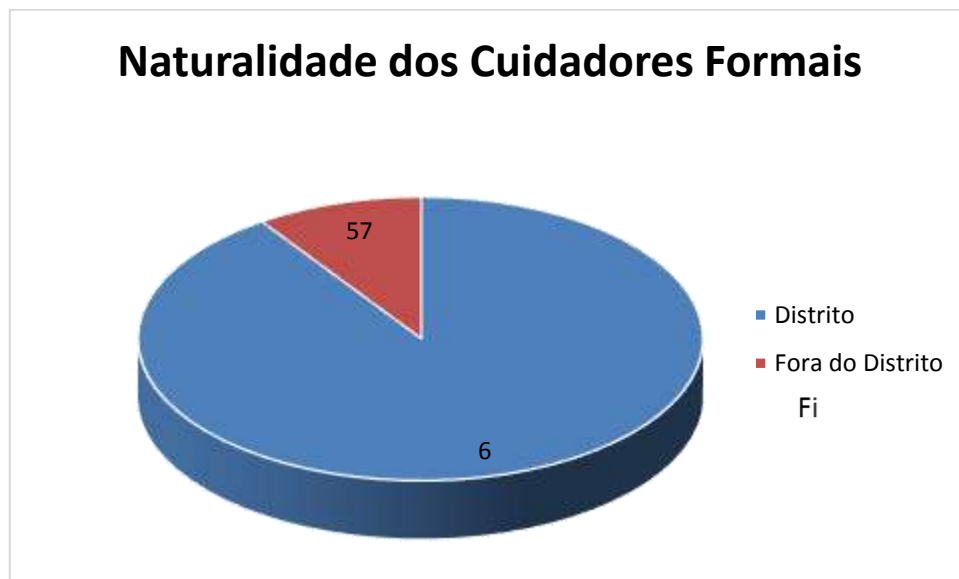
Gráfico nº 1 - Distribuição do Número de Inquiridos por Género



Fonte: WHOQOL - Bref

Quanto à idade, foram inquiridos cuidadores desde os 23 anos aos 57 anos, estando a moda de idades situada nos 28 anos e a média nos 34,6 anos.

Gráfico N° 2 - Naturalidade dos Cuidadores Formais



Fonte: WHOQOL - Bref

Segundo os dados do gráfico anterior, grande parte dos cuidadores formais (57) são naturais do distrito de Portalegre, onde decorreu o nosso estudo.

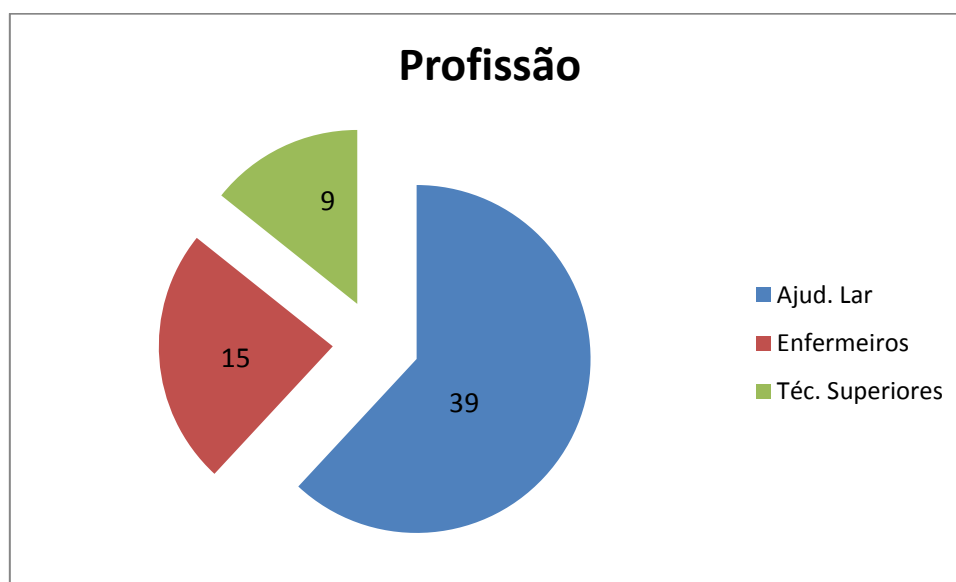
Gráfico n.º 3 - Escolaridade dos Cuidadores Formais



Fonte: WHOQOL - Bref

De acordo com o gráfico anterior e caracterizando agora a escolaridade dos inquiridos, podemos verificar que 22 cuidadores da Unidade de Cuidados Continuados Integrados têm formação superior com estudos universitários. Dezoito (18) têm entre o 7º e o 9º Ano de escolaridade, 7 do 5º ao 6º ano de escolaridade, 6 do 10º ao 12º ano de escolaridade, 6 têm formação superior pós graduada e 4 têm entre o 1º e o 4º Ano. O número mais considerável é a formação superior 28, contudo observamos que 22 têm qualificação mais baixa, encontrando-se as suas habilitações entre o 4º e o 9º Ano de escolaridade.

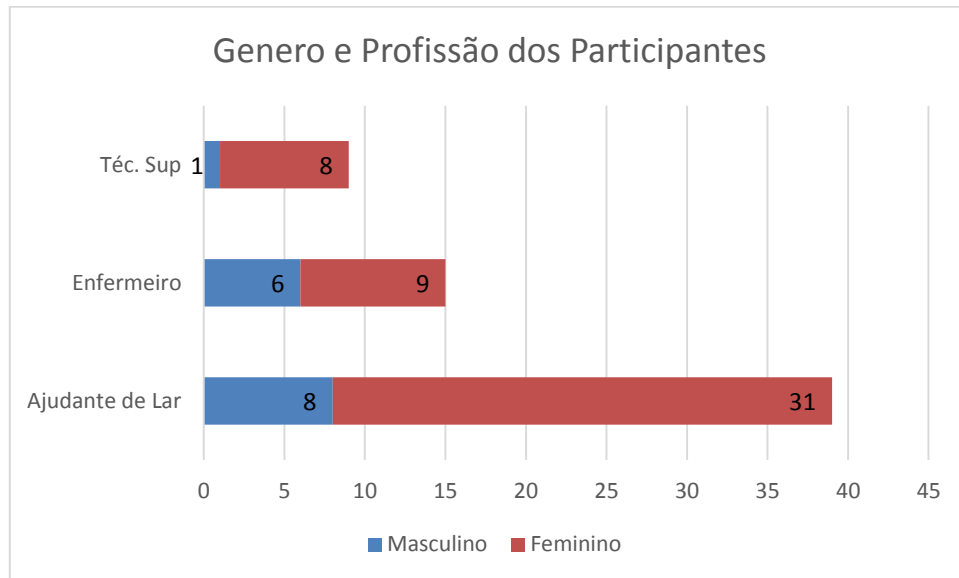
Gráfico N° 4 - Distribuição do Número de Cuidadores pela Profissão



Fonte: WHOQOL - Bref

Podemos verificar que a maioria dos Cuidadores são Ajudantes de Lar num total de 39. Seguem-se os Enfermeiros, sendo estes 15 e os outros técnicos superiores (Animadores Socioculturais, Fisioterapeutas, Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta da Fala e Técnico de Psicomotricidade) 9. A distinção entre os Enfermeiros que são também técnicos superiores e os outros técnicos superiores, foi feita, porque os enfermeiros se encontram em sistema rotativo de horário ou trabalham por turnos, e assim, no desenvolver deste trabalho e na recolha dos dados, foi-nos útil fazer esta distinção.

Gráfico N° 5 - Distribuição do Número de Cuidadores pela Profissão e Género



Fonte: WHOQOL - Bref

Considerando a diferença de género, 31 Ajudantes de Lar são do género feminino e 8 são do género masculino. Nos enfermeiros, 9 são do género feminino e 6 do género masculino. Nos outros técnicos superiores, 8 são do género feminino e 1 do género masculino.

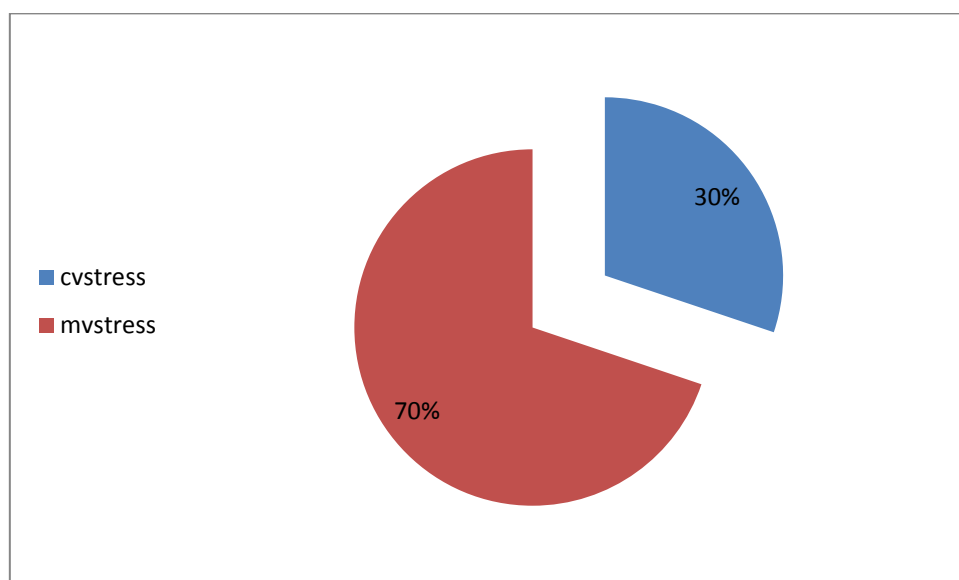
3- ANÁLISE DAS ESCALAS APLICADAS

3.1– ANÁLISE DA ESCALA 23 QVS

O estudo da vulnerabilidade ao stress é essencial para termos conhecimento sobre a reacção da nossa amostra perante um acontecimento de vida negativo, ou seja, se a mesma apresenta um risco aumentado de reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da sua vida profissional e ou familiar, ou não.

Para complementar o estudo da vulnerabilidade ao stress seguimos os critérios do autor da escala Vaz Serra (2000) e classificamos a nossa amostra em dois grupos: o primeiro, diz respeito aos indivíduos que obtiveram *scores* inferiores a 43, isto é, “menor vulnerabilidade ao stress”, constituído por 70%, e o segundo, constituído pelos indivíduos cujo *score* foi superior ou igual a 43 e, portanto “vulnerabilidade ao stress”, representando 30%, ou seja, a minoria.

Gráfico nº 6- Distribuição dos inquiridos por vulnerabilidade ao stress



Fonte: 23 QVS

Tabela nº 5 - Caracterização dos Cuidadores Relativamente à Vulnerabilidade ao Stress

Vulnerabilidade ao stress Género	Mínimo	Máximo	Média
Masculino	19	42	33,87
Feminino	13	64	40,89
Score global	16	53	37,38

Fonte: 23 QVS

As estatísticas relativas à escala 23QVS revelam que o valor médio obtido na totalidade dos cuidadores foi de 37,38, inferindo-se que, em termos médios os cuidadores apresentam uma menor tendência para a vulnerabilidade ao stress, pois o autor da escala - Vaz Serra (2000) - considera como valor de corte o *score* de 43 e só acima desse valor se pode considerar que o indivíduo poderá estar mais exposto ao stress.

Relacionando o género verificamos que a média do género Masculino é de 33, 87 e a do feminino de 40,89, o que nos leva a pensar que o grau de vulnerabilidade ao stress em média é menor no género Masculino.

Tabela nº 6 - Caracterização dos Cuidadores com Vulnerabilidade ao Stress

Vulnerabilidade ao stress Género	Mínimo	Máximo	Média
Feminino	44	64	51,84
Masculino	0,0	0,0	0,000
Score global	44	64	51,84

Fonte: 23 QVS

De acordo com a tabela anterior podemos verificar que os cuidadores formais com vulnerabilidade ao stress são do género feminino, com uma média de 51,84, enquanto o género masculino não revelou vulnerabilidade ao stress.

Tabela nº7 - Vulnerabilidade ao Stress por Grupos Etários

Vulnerabilidade ao stress	cvulnerabilidade	%	mvulnerabilidade	%
Idade				
23-30	5	25,8	25	57,2
31-40	4	21,4	11	24,6
40-50	4	21,4	6	14,2
41-60	6	31,4	2	4,0
Total	19	100,0	44	100,0

Fonte: 23 QVS

Podemos verificar no quadro anterior que 57,2% das pessoas que fizeram parte do nosso estudo com idades compreendidas entre 23-30 anos apresentam menor vulnerabilidade ao stress enquanto 25,8% apresentam vulnerabilidade ao stress.

No que respeita às idades compreendidas entre 31-40 anos 24,6% apresentam menor vulnerabilidade ao stress, enquanto 21,4% revelam vulnerabilidade ao stress.

Nas idades compreendidas entre os 40-50 anos 21,4% apresenta vulnerabilidade ao stress para 14,2% com menor vulnerabilidade ao stress.

O mesmo já não acontece nas idades compreendidas entre os 41-60 anos, uma vez que 31,4% revela vulnerabilidade ao stress para 4,0% com menor vulnerabilidade ao stress.

Perante estes dados podemos pensar que as pessoas com idades compreendidas entre os 41-60 anos apresentam maior risco de reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da sua vida profissional e ou familiar.

Tabela nº 8 - Vulnerabilidade ao Stress por Grupos Profissionais

Vulnerabilidade ao stress Grupos profissionais	cvulnerabilidade	%
Ajudantes de lar	15	79,0
Enfermeiros	2	10,5
Técnicos Superiores	2	10,5
Total	19	100,0

Fonte: 23 QVS

Na tabela anterior podemos verificar que 79,0% com vulnerabilidade ao stress tem como profissão ajudante de lar e com valores muito mais baixos (10,5%) encontramos os enfermeiros e os técnicos superiores.

3.2- ANÁLISE DOS RESULTADOS DA APLICAÇÃO DO WHOQOL- Bref

Tal como foi definido pelo Grupo da OMS (Fleck, *et. al.*, 2000), a qualidade de vida está relacionada com a perceção que as pessoas têm em relação à sua posição na vida, no contexto, cultura e sistema de valores, bem como às suas expetativas, padrões e preocupações.

Seguidas as recomendações dos procedimentos de pontuação do Whoqol-Bref, que nos foram cedidas, apresentamos em seguida os resultados obtidos.

A literatura aponta no sentido de quanto maior for a percentagem obtida, maior será a qualidade de vida. Neste trabalho tomamos como ponto de corte o valor 50, tal como já foi utilizado anteriormente (Sousa, 2011).

Neste instrumento, as questões 1 e 2 são questões gerais que não integram os domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, pelo que são apresentadas isoladamente.

Tabela nº 9 – Questão 1 - Qualidade de Vida

Qualidade de Vida		
	F	%
Má	1	1,6
Nem Boa nem Má	14	22,2
Boa	41	65,1
Muito Boa	7	11,1
Total	63	100,0

Fonte: WHOQOL - Bref

Na questão n.º 1 do WOQOL-Bref , “como avalia a sua qualidade de vida?”, podemos verificar mais de 65% dos 63 inquiridos respondeu que a avaliam de Boa e 11,1% como muito boa, o que nos remete para uma perceção favorável da qualidade de vida por parte dos participantes no estudo.

Tabela nº 10 – Questão 2 – Satisfação com a Saúde

Satisfação com a Saúde		
	F	%
Insatisfeito	2	3,2
Nem Satisfeito nem Insatisfeito	5	7,9
Satisfeito	41	65,1
Muito Satisfeito	15	23,8
Total	63	100,0

Fonte: WHOQOL – Bref

Em relação à satisfação com a saúde, também aqui se verifica que a maioria dos inquiridos refere estar satisfeito com a sua saúde, seguindo-se o muito satisfeito, como número de respostas mais relevante.

Tabela nº 11 - Caracterização dos Resultados da Aplicação do WHOQOL-BREF, Tendo em conta as Percentagens Obtidas em Cada Domínio

	N	Média %	Mínimo	Máximo
Domínio – Físico	63	82,37 %	39,29 %	100 %
Domínio – Psicológico	63	77,11 %	37,50 %	100 %
Domínio – Relações Sociais	63	80,82 %	33,33 %	100 %
Domínio - Meio Ambiente	63	71,48 %	43,75 %	100 %

Fonte: WHOQOL – Bref

Da análise da Tabela n.º 11 podemos verificar que o domínio que obteve maior valor médio foi o “Domínio – Físico” com 82,37%, seguido do “Domínio – Relações Sociais” com 80,82%. Os domínios “Psicológico” e “Meio Ambiente” obtiveram valores mais baixos, contudo bastante acima do ponto de corte (50) do instrumento. Assim podemos considerar os valores médios obtidos pelos participantes no estudo, nos diferentes domínios da qualidade de vida, como bastante satisfatórios.

Tabela n.º 12 - Caracterização dos Resultados da Aplicação do WHOQOL-BREF, Tendo em Conta as Percentagens Obtidas em cada Domínio e o Género dos Cuidadores Formais

Género Domínios	Feminino		Masculino	
	N	Média %	N	Média %
Domínio – Físico	48	80,58 %	15	88,09 %
Domínio – Psicológico	48	74,82 %	15	84,44 %
Domínio – Relações Sociais	48	78,64 %	15	87,77 %
Domínio - Meio Ambiente	48	69,59 %	15	77,50 %

Fonte: WHOQOL – Bref

Ao analisarmos a Tabela n.º 12, mais uma vez verificamos que todos os valores se encontram acima do valor 50. Contudo se tivermos em conta a perspetiva do género, verificamos que em todos os domínios, os cuidadores do género masculino apresentam valores médios superiores aos valores obtidos pelo género feminino.

Tabela nº 13 – Caracterização dos Resultados da Aplicação do WHOQOL-BREF, Tendo em Conta as Percentagens Obtidas em Cada Domínio e a Categoria Profissional dos Cuidadores Formais

Género Domínios	Ajudante de Lar		Enfermeiro		Outros Técnicos	
	N	Média %	N	Média %	N	Média %
Domínio – Físico	39	81,86 %	15	84,52 %	9	80,95 %
Domínio - Psicológico	39	75,42 %	15	82,50 %	9	75,62 %
Domínio – Relações Sociais	39	79,2 %	15	85,55 %	9	68,75 %
Domínio - Meio Ambiente	39	70,51 %	15	75,62 %	9	71,48 %

Fonte: WHOQOL – Bref

Da análise da Tabela n.º 13 verificamos que o grupo profissional “Enfermeiro” é o que apresenta os valores médios mais elevados em todos os domínios, desde o físico, ao psicológico, das relações sociais e meio ambiente.

O valor médio mais baixo, apresentado tanto pelo grupo profissional “Enfermeiro”, como pelos “Ajudantes de Lar” situa-se no domínio “Meio Ambiente”, já os “Outros Técnicos Superiores”, apresentam menor valor médio no domínio das “Relações Sociais”.

Tabela nº 14 – Teste de Correlação de Pearson

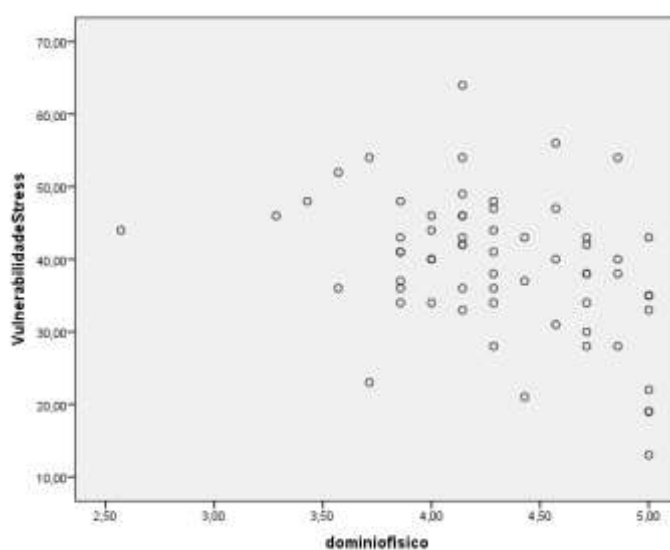
Correlação de Pearson						
		Vulnerabilidade ao Stress	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio do Meio Ambiente
Vulnerabilidade ao Stress	Pearson Correlation	1	-,387	-,733	-,694	-,588
	N	63	63	63	63	63

Fonte: WHOQOL – Bref

Após a análise da tabela anterior, podemos verificar que as correlações em todos os domínios da Qualidade de Vida são efetivas. Isto é, tendo em conta os valores apresentados na tabela, existe correlação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress, pois quando aumenta a Vulnerabilidade ao Stress, os valores nos diferentes domínios da Qualidade de Vida, diminuem.

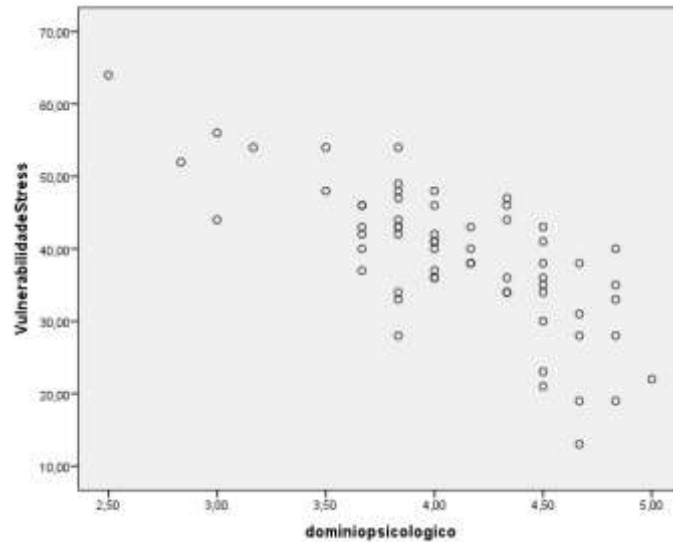
Verifica-se ainda que o domínio onde esta correlação é mais forte é o Domínio Psicológico, sendo mais fraca no Domínio Físico. Observemos então os gráficos n.º 7 e n.º 8.

Gráfico nº 7 - Diagrama de Dispersão Representando a Relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e o Domínio Físico



Fonte: WHOQOL – Bref

Gráfico nº 8 - Diagrama de Dispersão Representando a Relação entre a Vulnerabilidade ao Stress e o Domínio Físico



Fonte: WHOQOL – Bref

Apesar da existência de correlação tanto entre o domínio físico e a vulnerabilidade ao stress, como entre o domínio psicológico e a vulnerabilidade ao stress, pela observação dos diagramas, vemos que no caso do gráfico n.º 8 esta correlação é mais forte.

Estamos perante um diagrama cuja concentração de valores se traduz numa linha descendente diagonal sugestiva de uma associação negativa entre as variáveis (Martins, 2011). Assim, perante a associação ali apresentada, verificamos que à medida que os valores aumentam no domínio psicológico, diminuem os valores associados à vulnerabilidade ao stress.

4 - Discussão dos Resultados

Ao delinear este estudo, o Problema de investigação formulado foi: Será que existe relação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados?

Perante este problema, formulámos as seguintes questões de investigação:

- Será que existe vulnerabilidade ao stress nos cuidadores formais da U.C.C?
- Será que os cuidadores formais da U.C.C. apresentam boa qualidade de vida, tendo em conta os diferentes domínios da Escala WHOQOL – Bref?
- Será que existe relação entre a profissão exercida e os diferentes domínios da qualidade de vida dos cuidadores formais da U.C.C?
- Será que existe correlação entre a vulnerabilidade ao stress e os domínios da qualidade de vida nos cuidadores formais da U.C.C?

Assim, perante este problema e questões de investigação, procurámos ao longo deste estudo, identificar a existência da vulnerabilidade ao stress nos cuidadores formais de uma U.C.C., caraterizar a Qualidade de Vida dos Cuidadores Formais da U.C.C. nos diferentes domínios, perceber se existe relação entre a profissão exercida e os diferentes domínios da qualidade de vida dos cuidadores formais da U.C.C. e por fim, verificar se existe correlação entre a vulnerabilidade ao stress e os domínios da qualidade de vida nos cuidadores formais da U.C.C.

Após a análise dos resultados e a apresentação dos mesmos, constatámos que, dos 63 participantes no estudo, 48 eram do género feminino e 15 do género masculino, todos os cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, tinham idades compreendidas entre os 23 e os 57 anos, sendo a média das mesmas 34,6 anos o que nos remete para uma população relativamente jovem. Distribuíam-se por três categorias profissionais, Ajudantes de Lar (39), Enfermeiros (15) e outros Técnicos Superiores (9). Trabalhando a maioria em sistema rotativo de horário, do qual os outros Técnicos estão excluídos.

Quanto à naturalidade, 57 eram naturais do Distrito de Portalegre e os restantes 6 provinham de outros pontos do país.

Relativamente às habilitações literárias, dos 63 inquiridos, 28 têm formação superior e no entanto (29) apenas 4º e o 9º Ano de escolaridade.

Resultados da 23 QVS

Os resultados da aplicação desta Escala, demonstraram que 70 % dos inquiridos apresentaram um *score* inferior a 43, o que segundo os critérios do autor da Escala Vaz Serra (2000), significa, uma “menor vulnerabilidade ao stress”. Os restantes demonstraram um *score* superior ou igual a 43, ou seja, “vulnerabilidade ao stress”, num total de 30%, ou seja a minoria, conforme se pode constatar pelo Gráfico nº6.

Sendo os inquiridos cuidadores formais, importa aqui referir, que a vulnerabilidade representa um risco maior em se reagir de forma negativa perante um dado acontecimento de vida (Brown, 1993, citado por Serra, 2000). Goldberg Huxley (1996), citado por Costa (2011), refere a vulnerabilidade, como, composta por vários fatores que podem tornar certas pessoas, mais susceptíveis do que outras, a episódios de perturbação mental. Realçando a importância deste estudo, uma vez que o mesmo revelou, que a minoria dos cuidadores, apresenta, segundo o autor da Escala “vulnerabilidade ao stress”.

Quanto ao género, o grau de vulnerabilidade ao stress demonstrou-se menor no género masculino, do que no feminino, pois em média 40,89% eram mulheres, acima do *score* 43 (valor referência do autor, para com vulnerabilidade) e 33,87% eram homens, conforme se pode constatar na tabela nº 5 apresentada neste estudo. Constatado também na tabela nº 6, onde se caracterizaram os participantes quanto à vulnerabilidade ao stress e mais uma vez, a percentagem mais alta, foi do género feminino, com 51,84% do *score* global.

No que concerne aos grupos etários, caracterizados neste estudo, entre os 23-30 anos, 31-40 anos, 40-50 anos e 41-60 anos, o que revelou maior evidência com vulnerabilidade ao stress, foi o grupo dos 41-60 anos. O com menos evidência, ou seja, com menor vulnerabilidade ao stress foi o grupo etário dos 23-30 anos, conforme a tabela nº 7. Conforme referido anteriormente, perante estes resultados, podemos supor que as pessoas com idades compreendidas entre os 41-60 anos apresentam um maior risco de agir/reagir de forma negativa perante um dado acontecimento da sua vida profissional e/ou familiar.

Para Vaz Serra (2000;2005), “uma pessoa vulnerável ao stress, é aquela que tem a percepção de estar sujeita a determinado perigo, que não consegue controlar de forma a sentir-se segura”. Tendo em conta que o stress depende da percepção que cada pessoa faz da circunstância a que está sujeita, torna-se importante determinar qual o grau de vulnerabilidade ao stress que cada pessoa apresenta.

Na vulnerabilidade ao stress por grupos profissionais, verificou-se que os Ajudantes de Lar apresentaram a maior percentagem com vulnerabilidade ao stress, com 79% dos resultados totais. E que os enfermeiros e os outros técnicos, ficaram com valores idênticos, não revelando assim, vulnerabilidade ao stress, como se pode observar na tabela nº 8.

Assim, podemos concluir perante estes dados apresentados, que em resposta à primeira questão de investigação deste estudo, se existe vulnerabilidade ao stress nos cuidadores formais da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, sim existe, mas não de uma forma acentuada ou muito relevante. Existe maioritariamente no grupo profissional dos Ajudantes de Lar, e dentro do grupo etário dos 41-60 anos, no género feminino.

Resultados da WHOQOL – Bref

As 26 questões desta Escala são sobre a qualidade de vida dos inquiridos. Os resultados baseiam-se principalmente em quatro domínios: o domínio físico, o domínio psicológico, o domínio das relações sociais e o domínio do meio ambiente.

As duas primeiras questões destacam-se, pois são de âmbito mais geral, as restantes 24 questões são as representativas dos domínios supracitados.

No que diz respeito às questões gerais, os resultados obtidos no nosso estudo e nomeadamente na primeira questão, “Como avalia a sua Qualidade de Vida?”, 65% dos 63 inquiridos responderam que a avaliam de “Boa”.

Na segunda questão, “Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?”, a maioria dos inquiridos, 65,1% respondeu que estava “Satisfeito”, seguindo-se o “Muito Satisfeito”, como resposta mais relevante (tabela nº10). Desta forma e no que diz respeito às questões gerais e tendo em conta a nossa segunda questão de investigação, verificámos que os Cuidadores Formais da U.C.C. têm uma perceção favorável da sua qualidade de vida.

Ao debruçarmo-nos sobre os valores percentuais obtidos nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente, os participantes no estudo apresentam valores médios (todos acima dos 71%) que nos remetem para uma qualidade de vida bastante satisfatória, em cada um deles. Contudo e à semelhança do que se verificou aquando da análise dos valores da escala 23 QVS, também aqui (WHOQOL-Bef), existiram valores mínimos baixos na ordem dos 33,33 % (Tabela n.º 11).

Em conformidade com o que se verificou relativamente à vulnerabilidade ao stress, onde os homens apresentaram valores que indicavam menor vulnerabilidade, também são estes que apresentam melhores valores médios em todos os domínios da qualidade de vida, comparando com os valores apurados junto dos participantes do género feminino. Também Santos, Franco, Batista, Santos e Duarte (2008: 18), verificaram no

seu estudo que o género masculino apresentava valores mais elevados de qualidade de vida, relativamente ao género feminino.

No que diz respeito à profissão, em resposta à nossa terceira questão de investigação, apurámos que em todos os domínios os valores médios nas diferentes profissões se situaram acima dos 70%, sendo os enfermeiros o grupo profissional a apresentar valores mais altos.

Também Gonçalves (2008) quando estudou a perceção da saúde e qualidade de vida dos enfermeiros apurou valores médios bastante satisfatórios.

Santos, Franco, Batista, Santos e Duarte (2008) referem que os enfermeiros trabalham vinte e quatro horas e todos os dias do ano, num processo de assistência contínua, trabalham por turnos e têm várias responsabilidades. No estudo que levaram a cabo sobre consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros, verificaram que no geral, “a qualidade de vida foi auto-classificada como “boa”” (*ib.*18).

Não encontrámos estudos sobre a qualidade de vida dos outros profissionais aqui em estudo, mas no que diz respeito aos enfermeiros, os nossos resultados vão ao encontro dos resultados já produzidos noutras investigações.

Relativamente à nossa última questão “Será que existe correlação entre a vulnerabilidade ao stress e os domínios da qualidade de vida nos cuidadores formais da U.C.C?” aplicámos o Teste de Correlação de Pearson verificando-se que as correlações em todos os domínios da Qualidade de Vida eram efetivas. Tendo em conta os valores apresentados na tabela n.º 14 do presente estudo, verificou-se a existência de correlação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress. Pelos valores obtidos verificou-se que quando aumentava a Vulnerabilidade ao Stress, os valores nos diferentes domínios da Qualidade de Vida, diminuía.

Como já referido anteriormente, vários conceitos foram abordados para Qualidade de Vida, como por exemplo o de Guiteras e Bayés (1993: 3) “ que denominam qualidade de vida, como a valorização subjetiva que o homem faz, de diferentes aspetos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde”.

Ainda, de acordo com outros autores, Patrick e Erikson (1993:10) “ a qualidade de vida, é o valor que se atribui à vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais, que são influenciados por doença, tratamento, política de saúde, etc (...)”.

Este estudo incidiu, na procura da relação existente entre o Cuidar como profissão, com a Qualidade de Vida de quem Cuida e com a Vulnerabilidade ao Stress a que estão sujeitos estes Cuidadores, que para bem exercerem a sua função, deverão sentir-se o melhor possível.

5 – Conclusões e Propostas de Intervenção

Neste espaço dedicado a algumas conclusões finais sobre este estudo, começamos por dizer que o mesmo se tornou muito pertinente.

A Diretora da Unidade de Cuidados Continuados Integrados, aquando da primeira abordagem estabelecida, revelou-se muito entusiasmada com o tema a estudar, uma vez que, para ela era uma preocupação, pois pretendia que todos os seus cuidadores estivessem em pleno para desempenharem as suas funções na U.C.C.

Temas como a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress, são muito controversos, pois existem inúmeras interpretações e conceitos que lhes correspondem.

Neste estudo tivemos como finalidade, através do Problema identificado (Será que existe uma relação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais de uma Unidade de Cuidados Continuados Integrados do Alentejo), atingir alguns objetivos, nomeadamente:

- Identificar a existência da vulnerabilidade ao stress nos cuidadores formais da U.C.C.; A mesma não se verificou, tal como exposto anteriormente na análise e na Discussão dos Resultados.

- Caracterizar a Qualidade de Vida dos Cuidadores Formais da U.C.C. nos diferentes Domínios;

Como apurado, a Qualidade de Vida dos Cuidadores era Boa, não só dito pelos inquiridos, mas também comprovado nos dados obtidos.

- Perceber se existia relação entre a Profissão exercida e os diferentes domínios da Qualidade de Vida dos Cuidadores Formais da U.C.C., verificou-se que todos os grupos profissionais apresentaram valores médios bastante satisfatórios em todos os domínios.

- Verificar se existia correlação entre a vulnerabilidade ao stress e os domínios da Qualidade de Vida nos Cuidadores Formais da U.C.C., aqui verificou-se que esta relação era efetiva, ou seja, existia.

Assim, pudemos concluir que existe correlação entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress, pois quando aumenta a Vulnerabilidade ao Stress, os valores nos diferentes domínios da Qualidade de Vida diminuem.

Contudo, apesar da grande maioria dos Cuidadores Formais não apresentar Vulnerabilidade ao Stress, existe maioritariamente no grupo profissional dos Ajudantes de Lar, e dentro do grupo etário dos 41-60 anos, no género feminino, como já referenciado anteriormente.

Concluindo, podemos dizer que existe uma relação efetiva entre a Qualidade de Vida e a Vulnerabilidade ao Stress nos Cuidadores Formais da Unidade de Cuidados Continuados do Alentejo, onde este estudo decorreu.

As limitações sentidas na realização deste trabalho, para além das já referidas anteriormente, foram: as deslocações constantes à U.C.C.; dificuldade na recolha de dados, por causa dos turnos dos Ajudantes de Lar e dos Enfermeiros; dificuldade em encontrar fundamentação teórica.

Uma investigação com pessoas levanta sempre questões éticas e morais, portanto foi necessário ter em conta que: - estamos perante um grupo de pessoas com níveis de escolaridade distintos, o que implica que a linguagem utilizada fosse acessível a todos; - foi necessário garantir a todos os participantes do estudo o anonimato e confidencialidade nas respostas dadas e a participação voluntária - foi necessário manter a honestidade nas relações estabelecidas com os inquiridos para que não houvesse desistência de participação ou respostas influenciadas por situações externas ao estudo; - foram pedidas autorizações aos autores das escalas utilizadas para a recolha de dados.

Propostas de Intervenção

Importa referir antes de mais, que o Estudo se reportou apenas a uma Instituição, devendo num futuro próximo ser alargado a outras...

A instituição deverá realizar atividades, fora do contexto de trabalho, que permitam aos seus Cuidadores quebrar as rotinas e desenvolver um maior espírito de equipa. Poderá ser criada uma parceria com um consultório de apoio psicológico, independente da instituição, que garanta apoio aos seus Cuidadores em situações de maior vulnerabilidade. Estudar a taxa de absentismo e a ocorrência de pequenos acidentes dentro da Instituição com os Cuidadores (daqui a algum tempo), pois podem indicar alguma situação de vulnerabilidade, de forma a completar este estudo. Promover a interação e a entreajuda entre colegas, pois assim, todos Cuidariam melhor...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anguera, M.T. (s/d). Organizadores e Aparticiones Recientes a la Evaluación Psicológica. Universitat Barcelona, 175-195;
- Amorim, M.I.S. P.L. (1999). Qualidade de Vida e Coping na Doença Crónica, um estudo em diabéticos não insulíndependentes. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- Aranha, M.S.F. (1993). A interação social e o desenvolvimento humano. Temas em Psicologia, 1(3), 19-28;
- Artal, F.J.C. (1998). Percepción de la salud, calidad de vida y gasto sociosanitario en supervivientes de un ictus y en sus cuidadores principales. Dissertação de Doutoramento em Medicina y Cirugía pela Universidade de Madrid.
- Barbosa, A., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de Idosos com Demência, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais, Revista Psicologia, Saúde & Doenças;
- Baylery, T.J. (1988) Quality Assurance, Postgrad Med 152, 78-221;
- Bowling, A. (1995). Health-Related Quality of Life: A Discussion of the concept, its use and Measurement, Measuring Disease. Buckingham: Open University Press, 1-19;
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or General Stress Outcomes: Making Choices Through Caregiving Appraisal, The Gerontologist, 706-717;
- Caldas, C.P. (2003). Envelhecimento com Dependência: Responsabilidades e Demandas da Família. Cadernos de Saúde Pública, 19 (3), 773-781;
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Quartilho, M.J., ... Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL- Bref. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), Avaliação Psicológica:

Instrumentos validados para a população portuguesa (Vol.III, p: 77-100).
Coimbra: Quarteto Editora;

- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quartilho, M. J., Rijo, D., Paredes, T. (2010). WHOQOL disponível para Portugal: Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100 e WHOQOL-BREF). In M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (pp. 171-190). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian;
- Canavarro, M.C., Pereira, M., Moreira, H., Paredes, T., Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL , s/d;
- Collière, M.F. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lidel;
- Collière, M.F. (2003). Cuidar...A primeira arte da vida. Lusociência;
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de Idosos Institucionalizados: Características e dificuldades dos cuidadores, Revista Eletrónica de Enfermagem;
- Del Prette, A. & Del Prette, Z.A.P. (2001). Psicologia das Relações Interpessoais e habilidades sociais: Vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes (4ª Edição em 2006);
- Fiedler, P.T. (2008). Avaliação da Qualidade de Vida do Estudante de Medicina e da Influência exercida pela Formação Académica. (Tese de Doutoramento não Publicada). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil;
- Figueiredo, D. (2007). Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Lisboa: Climepsi;
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-Bref". Revista de Saúde Pública, 34, 178-183. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102000000200012&script=sci_arttext;

- Fleck, M. (2008). Problemas Conceituais em Qualidade de Vida. In, M. Fleck (Coord.), A Avaliação da Qualidade de Vida: Guia para Profissionais de Saúde (19-28). Porto Alegre: Artmed;
- Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação – Da conceção à realização. Loures: Editora Lusociência 205-390;
- Fortin, M.F. (2000). Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta, 25 – 486;
- Fortin, L. & Brigas, M. (2000). La résilience des enfants, facteurs de risqué, de protection. Pratiques psychologiques, 1, 49-63;
- Gauthier, B. (2000). Investigação Social – Da Problemática à colheita de dados. Lusociência, Loures;
- Gatz, M., Bengtson, V. L. e Blum, M. J. (1990). Caregiving Families. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.) Handbook of the Psychology of Aging. (3ªEdi., 404 – 426). San Diego: Academia Press;
- Guadalupe, Sónia. (2010). Intervenção em Rede, Serviço Social, Sistémica e Redes de Suporte Social. Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, 73-74;
- Gonçalves, M. (2011). Qualidade de Vida, Ajustamento Conjugal e Imagem Corporal dos Pacientes Oncológicos, Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Lisboa, Universidade de Lisboa;
- Guiomar, Vânia C. R. V. (2010). “Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada”. Trabalho de Curso no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde, no I.P de Beja;
- Guiteras, A. F. & Bayes, R. D. (1993). Desarrollo de Instrumento para la medidad de la calidad de vida en enfermedades crónicas. Forms.M.;
- Hayflick, L. (1997). Como e porque envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus;
- Hegenberg, L. (1976). Etapas da Investigação Científica. São Paulo: EPU-EDUSP. 111-115;
- Instituto Nacional de Estatística – Censos 2011. Lisboa: INE; disponível em www.censos2011.ine.pt, acedido em Março de 2016;

- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping – Springer Company, New York;
- Leal, C.M.S. (2008). Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado da Universidade dos Açores;
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. Journal of Transcultural Nursing, 13 (3), 189-192;
- Leininger, M. & Macfarland, M.R. (2002). Culture Care diversity and universality: a Worldwide Nursing Theory. New York. Mcgraw-Hill.
- Leopardi, M. T. (1999). Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a Prática. Florianópolis;
- Lezaun, J.J.Y. (2006). Analisis de la Calidad de Vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Coléccion Estudios Série Personas Mayores;
- Martins, C. (2011). Manual de Análise de Dados Qualitativos com Recurso ao IBM “SPSS”: Saber decidir, fazer, interpretar e decidir. Psiquilíbrios Edições, Braga;
- Martins, R. (2000). A Relevância do Apoio Social na Velhice, Revista Educação, Ciência e Tecnologia;
- Netto, M.P. (2002). História da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e temas básicos. In E.V. Freitas., L. Py., A.L. Néri., F.A.X. Cançado., M.L. Gorzoni, M.L e S.M. Rocha (Eds.), Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.1-12;
- NIOSH, National Institute for Occupational Safety and Health. (2006). Acedido em Maio de 2015 em <http://www.cdc.gov/niosh/stresswk.html>;
- Pardal, L.; Correia, E. (1995). Métodos e Técnicas de Investigação Social: 48. Porto: Areal;
- Patrick, D. L. e Erickson, P. (1993). Situação de Saúde e Política de Saúde: Qualidade de Vida na Saúde, Avaliação e Alocação de Recursos. Nova Iorque: Oxford University Press;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde, (2012-2016). Plano Nacional de Saúde (PNS);

- PORTUGAL, Ministério da Saúde e MTSS: Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, Criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Site da ARSA: Dados referentes a 2009, in www.arsalentejo.min-saude.pt, acedido em Maio de 2015;
- Ribeiro, J. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, XII (2-3), 179-191;
- Sampaio, A.C.L. (2007). Benefícios da Caminhada na Qualidade de Vida dos Adultos. Dissertação de Licenciatura apresentada na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto;
- Santos, R.; Franco, M.; Batista, V.; Santos, P.; Duarte, J. (2008-Dez.). Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã. *Revista Referência*, II.^a Série - n.º8, p.17-31;
- Seidl, E. M. F.; Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública*, vol.20, n.2, p. 580-588;
- Sequeira, C. (2007). Cuidar de Idosos Dependentes. Coimbra: Quarteto Editora;
- Siqueira, M. e Coleta, J. A. D. (1989). Metodologia para a Investigação da Qualidade de Vida no Trabalho, *Psicologia do Trabalho*. 41 (3), 51-56;
- Sommerhalder, C. (2001). Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Sousa, M. (2011). Qualidade de Vida, Ajustamento Conjugal e Imagem Corporal dos Pacientes Oncológicos. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa;
- Turato, E.R. (org.) (2003). *Psicologia da Saúde: Estudos clínico-qualitativos*. Taubaté: Cabral, Livraria Universitária;
- Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: A 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 279-308;

- Vaz Serra, A. (2000). A Vulnerabilidade ao Stress. *Psiquiatria Clinica*, 21 (4), 261-278;
- Vaz Serra, A. (2005). Esquemas mentais e vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clinica*, 26 (3), 213-226;
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- WHOQOL Group (1997). WHOQOL: Measuring Quality of Life. Genève: World Health Organization Quality of Life Group;

ANEXOS

Anexo A

23 QVS

Anexo B

WHOQOL - BREF

Anexo C

Procedimentos/Explicação – Síntaxe da WHOQOL Bref

APÊNDICES

APÊNDICE A

Autorização de Utilização da 23 QVS

APÊNDICE B

Autorização de utilização da WHOQOL – Bref

APÊNDICE C

Autorização da Instituição para desenvolvimento do Estudo

APÊNDICE D

Consentimento Informado



Instituto Politécnico de Portalegre

Escola Superior de Educação de Portalegre Escola Superior de Saúde de Portalegre

Consentimento Informado

Eu, Cláudia Sofia Branquinho Maças da Silva, estudante do Curso de Mestrado de Gerontologia – Ramo Social, no Instituto Politécnico de Portalegre, lecionado numa parceria entre a Escola Superior de Educação e a Escola Superior de Saúde, respetivamente em Portalegre.

Encontro-me a desenvolver um estudo de investigação intitulado “Qualidade de Vida, Relações Sociais e Vulnerabilidade ao Stress dos Cuidadores Formais da Unidade de Cuidados Continuados da Santa Casa da Misericórdia de Arronches”.

Ciente das implicações éticas inerentes a um trabalho de investigação, comprometo-me a assegurar o consentimento informado dos inquiridos, através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa e à confidencialidade.

Cláudia Sofia Branquinho Maças da Silva



Instituto Politécnico de Portalegre

**Escola Superior de Educação de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre**

Consentimento Informado

Eu, _____,
declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, pela
estudante do Curso de Mestrado em Gerontologia – Ramo Social, Cláudia Sofia
Branquinho Maçãs da Silva, bem como do direito à recusa e confidencialidade dos
dados e da importância da minha participação no estudo, sendo de livre e espontânea
vontade que aceito participar.

(Assinatura)